

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**UNIDAD DE POSGRADO**

**Nivel de uso de estrategias de afrontamiento por la  
familia ante el estrés, por la hospitalización de un  
pariente adulto en la Unidad de Cuidados Intensivos  
del HNGAI – 2015**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

**Para optar el Título Profesional de Especialista en Enfermería  
Intensivista**

**AUTOR**

**Diana Janett Pérez Ccahua**

**ASESOR**

**Tula Margarita Espinoza Moreno**

**Lima - Perú**

**2016**

## INDICE

	<b>Pág.</b>
Índice de Gráficos	4
Resumen	5
Presentación	7
 <b>CAPITULO I. INTRODUCCION</b>	
1.1. Situación Problemática	8
1.2. Formulación del Problema	11
1.3. Justificación	11
1.4. Objetivos	12
1.4.1. Objetivo General	12
1.4.2. Objetivos Específicos	12
1.5. Propósito	13
 <b>CAPITULO II. MARCO TEORICO</b>	
2.1. Antecedentes	14
2.2. Base Teórica	20
2.3. Definición Operacional de Términos	40
2.4. Planteamiento de Hipótesis	41
 <b>CAPITULO III. METODOLOGIA</b>	
3.1. Tipo y Diseño de la investigación	42
3.2. Lugar de estudio	42
3.3. Población de estudio	43
3.4. Unidad de análisis	43
3.5. Criterios de selección	43
3.5.1. Criterios de inclusión	43
3.5.2. Criterios de exclusión	43
3.6. Técnica e Instrumento de recolección de datos	43
3.7. Procedimientos para el análisis e interpretación de la información	44
3.8. Consideraciones éticas	46
 <b>CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSION</b>	
4.1. Resultados	47
4.2. Discusión	55
 <b>CAPITULO V. CONCLUSIONES LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
5.1. Conclusiones	59
5.2. Limitaciones	59
5.3. Recomendaciones	60
 <b>REFERENCIAS BILIOGRAFICAS</b>	61
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	65
<b>ANEXOS</b>	

<b>INDICE DE GRAFICOS</b>		
<b>GRAFICO</b>		<b>Pág.</b>
N°1	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE LA FAMILIA ANTE LA HOSPITALIZACION DE UN PARIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HNGAI LIMA - 2016	47
N°2	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO COGNITIVO UTILIZADAS POR LA FAMILIA, ANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE UN PARIENTE ADULTO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HNGAI LIMA - 2016	48
N°3	INDICADORES DE BÚSQUEDA DE SOLUCIÓN DEL PROBLEMA COMO ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO DE LA FAMILIA, ANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE UN PARIENTE ADULTO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HNGAI	49
N°4	INDICADORES DE AUTOFOCALIZACIÓN NEGATIVA COMO ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO DE LA FAMILIA, ANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE UN PARIENTE ADULTO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HNGAI	50
N°5	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AFECTIVO UTILIZADAS POR LA FAMILIA, ANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE UN PARIENTE ADULTO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HNGAI	51
N°6	INDICADORES DE BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL COMO ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO DE LA FAMILIA, ANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE UN PARIENTE ADULTO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HNGAI	51
N°7	INDICADORES DE LA EVITACION COMO ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO DE LA FAMILIA, ANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE UN PARIENTE ADULTO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HNGAI	52
N°8	ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO CONDUCTUAL UTILIZADAS POR LA FAMILIA ANTE LA HOSPITALIZACION DE UN PARIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HNGAI	53
N°9	INDICADORES DE LA REEVALUACION POSITIVA COMO ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO DE LA FAMILIA, ANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE UN PARIENTE ADULTO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HNGAI	54
N°10	INDICADORES DE LA RELIGION COMO ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO DE LA FAMILIA, ANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE UN PARIENTE ADULTO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HNGAI	55

## RESUMEN

La hospitalización de un ser querido, genera alteración en el funcionamiento de toda familia, y a su vez diversas reacciones según la enfermedad, el nivel y pronóstico de la misma, por tanto no solo el paciente sino también la familia enfrentaran una crisis situacional derivada de la enfermedad y hospitalización; para buscar el equilibrio frente a esta crisis y a fin de manejar las demandas específicas externas y/o internas que le permitan mantener su tranquilidad y bienestar, la familia requiere desarrollar e implementar estrategias de afrontamiento que son esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes. En nuestro medio no existen trabajos orientados al estudio de las estrategias de afrontamiento de las familias ante la hospitalización de un familiar adulto en una Unidad de Cuidados Intensivos, en tal sentido surge la necesidad de investigar al respecto. El objetivo fue determinar el nivel de uso de las estrategias de afrontamiento de la familia para disminuir su estrés, ante la hospitalización de un pariente adulto en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – 2015. En una muestra de 40 familias, mediante enfoque cuantitativo, método descriptivo y corte transversal. Se aplicó mediante técnica de encuesta un cuestionario, encontrándose que el 35% (14) tienen un nivel de afrontamiento familiar medio, 35% (14) tienen un nivel de afrontamiento familiar bajo y 30% (12) tienen un nivel de afrontamiento familiar alto.

**Palabras claves:** estrategias de afrontamiento, familia del paciente de uci.

## **SUMMARY**

The hospitalization of a loved one, generates abnormal functioning of every family, and in turn different reactions depending on the disease, the level and prognosis of it, therefore not only the patient but also the family faced a situational crisis resulting from the illness and hospitalization; to find the balance with this crisis and to manage external and / or internal specific demands that will maintain its tranquility and well-being, the family needs to develop and implement coping strategies that are changing cognitive and behavioral efforts. In our area there are not oriented to the study of coping strategies of families to the hospitalization of an adult family member in an Intensive Care Unit, as such work arises the need to investigate. The objective was to determine the level of use of coping strategies to reduce family stress, to the hospitalization of an adult relative in the intensive care unit of Guillermo Almenara Irigoyen National Hospital - 2015.. In a sample of 40 families, using quantitative approach, descriptive method and cross section. It was applied using survey technique a questionnaire, finding that 35% (14) have a medium family coping, 35% (14) have a level of family coping low and 30% (12) have a high level of family coping.

Keywords: coping strategies, family ICU patient.

## **PRESENTACION**

Para la familia tener a un pariente hospitalizado en una área crítica, como la unidad de cuidados intensivos, va a generar una situación de crisis no solo en el paciente sino en los miembros de la familia provocando así una inestabilidad en su dinámica familiar, por el distanciamiento físico y emocional de su ser querido, la condición de salud y el pronóstico de este último, observando en la familia ansiedad, depresión, miedo y estrés por la nueva situación que está experimentando, lo mencionado anteriormente es percibido por la enfermera o enfermero al tener contacto con el familiar del paciente hospitalizado.

El presente estudio titulado “Nivel de uso de estrategias de afrontamiento por la familia ante el estrés, por la hospitalización de un pariente adulto en la Unidad de Cuidados Intensivos del HNGAI - 2015”, tuvo como objetivo determinar el nivel de uso de las estrategias de afrontamiento por la familias para disminuir su estrés, ante la hospitalización de un pariente adulto en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - 2015. El propósito está orientado a brindar información válida, actualizada y confiable a las autoridades de la institución y profesionales de enfermería para conocer el nivel de estrategias de afrontamiento familiar.

El estudio consta de Capítulo I. Introducción que contiene planteamiento, delimitación y origen del problema, formulación del problema, justificación, objetivos, propósito, antecedentes del estudio, base teórica y definición operacional de términos. Capítulo I Introducción. CAPITULO II Marco teórico. CAPITULO III. Metodología, en el cual se expone el nivel, tipo y método, área de estudio, población y muestra, técnica, e instrumento, procedimiento de recolección de datos, procedimiento de procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos y consideraciones éticas. Capítulo IV. Resultados y Discusión. Capítulo V. Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones.

## **CAPITULO I**

### **INTRODUCCION**

#### **1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

La vivencia de un proceso crítico en unidad de cuidados intensivos (UCI) constituye una de las mayores fuentes de crisis en las personas hospitalizadas, de igual forma sucede con la familia que vive paralelamente este proceso. “La hospitalización de la persona enferma puede generar en el familiar, ansiedad, angustia, estrés, todo esto producido por situaciones como pérdida del contacto, sentimientos negativos de aprehensión o temor sobre el área hospitalaria, los múltiples métodos invasivos, las condiciones de la persona hospitalizada y la incertidumbre sobre lo que puede pasar”<sup>1</sup>.

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) constituye un medio complejo para familiares de los pacientes debido a los diferentes procedimientos y normas institucionales que la rigen, aunado a esto se suma la poca participación que tiene el familiar en la atención del paciente, estas situaciones se constituyen en factores que originan estrés en los familiares. En dichas unidades, de características físicas y técnicas particulares, se conjugan varios aspectos que conforman una atmósfera psicológica especial y poco usual, lo cual genera algunos efectos en el paciente; de ahí que su ingreso a la UCI, “frecuentemente constituye una experiencia nueva, única, a veces atemorizante y cobra especial relevancia la adaptación a este nuevo estado y sistema de vida”<sup>2</sup>.

Considerando que la familia desempeña una función vital en la vida del paciente y representa la mayor parte de su contexto siendo una de las principales funciones de la familia proporcionar los recursos físicos y emocionales para mantener la salud, además de un sistema de apoyo en épocas de crisis, como en tiempos de enfermedad. “Se ha demostrado que el ofrecer atención a la familia aumenta la resistencia, adaptación y ajuste

ante factores que causen estrés en la vida, por tanto, cuando un miembro de la familia se enferma, el resto de los miembros se ven afectados”<sup>3</sup>.

Siles (2010) sostiene que el ingreso del paciente en una UCI somete a los miembros de la familia a una situación difícil. Familia y paciente, separados físicamente de su medio habitual y del apoyo afectivo, sufren y están angustiados. “Si se considera a la familia como un núcleo en donde cada miembro que lo integra se interrelaciona, la hospitalización de uno de ellos origina una situación de crisis y desestabilización que repercute en todos sus componentes”<sup>4</sup>.

En una investigación realizada en Colombia, “se obtuvo que el 14,8% de los familiares tenían bajo afrontamiento frente a la hospitalización de su familiar obteniendo un puntaje mínimo”<sup>5</sup>. Por otro lado, en otra investigación realizada en el mismo país, se destaca que “el reconocimiento que hacen los familiares de los pacientes críticos en UCI como ayuda evidencia que, además de la compensación física, por parte del profesional de enfermería deben recibir compañía, ánimo, esperanza, consuelo y seguridad del personal de enfermería en los momentos de soledad, tristeza, incertidumbre, angustia, y dolor”<sup>6</sup>.

Esta situación no es ajena en el Perú, en una investigación en Chiclayo, destaca que “los familiares del paciente en UCI experimentaron reacciones fisiológicas y emociones negativas ocasionadas por el estrés, siendo Dios y la familia las principales fuentes de apoyo para ellos, sin embargo, el afrontamiento se hizo ineficaz ante el desconcierto frente a la elección de estrategias acertadas que disipe su estrés, dolor y duelo”<sup>7</sup>.

En el cotidiano de la Unidad de cuidado intensivo, se observan pacientes en situaciones críticas de salud, la persona en este estado presenta alteraciones vitales de uno o más órganos que ponen en peligro su vida e ingresa a la unidad de cuidado intensivo adultos (UCI) para ser sometido a monitoreo continuo, reanimación, mantenimiento de signos vitales,



tratamiento y procedimientos invasivos, los cuales se dan a través de los cuidados de enfermería que permitan su recuperación sin daños agregados. De la misma forma, es menester del profesional de enfermería fortalecer el afrontamiento de los familiares frente al estrés, ansiedad y desconcierto generado por el estado crítico del paciente, cuya respuesta permitirá su adaptación sin repercusiones significativas en la salud.

Aunque la UCI es el lugar ideal para el cuidado de las personas en situación de salud crítica, está culturalmente vinculada a la idea de sufrimiento y muerte inminente, por pacientes y familiares y parece ofrecer uno de los ambientes más ásperos, tensos y traumáticos, factores agresivos que no sólo afectan a los pacientes, sino también el personal profesional, sobre todo las enfermeras que viven a diario con escenas de atención de emergencia crítica, la muerte, aislamiento, etc.

En la UCI del Hospital Nacional Guillermo Almenara, la satisfacción del familiar del paciente adulto hospitalizado está siendo cuestionada, muchos de ellos demuestran su duelo a través de conductas negativistas, agresivas, sin poder manejar su situación por la incertidumbre que significa tener un familiar entre la vida y la muerte, manifestaron durante la estadía en sala de espera, la falta de comunicación que tiene el profesional de enfermería durante la emisión de cuidados, otros manifestaron la necesidad de apoyo emocional, más aun frente a la experiencia de un estado crítico vinculado comúnmente a la muerte existiendo desconcierto sobre todo en las primeras horas de hospitalización. Se le escucha expresiones como: “cuando le preguntamos a la enfermera algo dice que está ocupada y esperemos al médico”, “no se interesa por informarnos”, “casi nunca está durante el tiempo de visita”; “No sabemos qué pasará con mi familiar, nadie nos dice qué pasará...” “Debemos o no hablar con el resto de la familia, no sé qué hacer”...dichas referencias nos llevan a considerar interrogantes como: ¿Conocen los familiares del paciente hospitalizado estrategias de afrontamiento para superar el estrés? ¿Qué estrategias comunes tienen los familiares para afrontar la hospitalización de su pariente? ¿Son efectivas las

formas de afrontamiento que tienen los familiares del paciente hospitalizado en la UCI?

Frente a la problemática planteada se formula la siguiente interrogante:

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el nivel de uso de estrategias de afrontamiento por las familias para disminuir su estrés, ante la hospitalización de un pariente adulto, en la unidad de cuidados intensivos generales del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen?

## **1.3 JUSTIFICACIÓN**

La esencia de la profesión de enfermería es brindar cuidados para asegurar y/o mantener la salud de la persona, cuidados que requiere que la enfermera(o) no solo sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, que no solo cuida al paciente, sino también lo hace con la familia donde la enfermedad tiene mayor impacto.

La enfermera cumple un rol preponderante de acompañamiento con la familia del paciente crítico, lo cual debe ser tomado en cuenta si hablamos de atención integral. A pesar de todas las particularidades de la unidad crítica, está en nuestras manos el bienestar del paciente y de su familia, lo que a veces requiere considerar cuidados afectivos, empáticos, sociales que reafirmen la humanización de los mismos en busca del bienestar.

Es necesario que los profesionales de enfermería comprendan las situaciones por las que atraviesa el familiar, y aborden la experiencia de esta vivencia, describiéndola de forma exhaustiva hasta la adaptación al escenario de UCI, el familiar tiene la capacidad de soportar las crisis que genera una enfermedad grave a través de estrategias que favorecen la aceptación que promueva el bienestar y disminuya los factores estresantes, considerando que la familia desempeña una función vital en la vida del paciente y representa la mayor parte de su contexto, siendo una de las

principales funciones proporcionar los recursos físicos y emocionales para mantener la salud.

Las estrategias de afrontamiento hacen visibles las características personales relacionadas con los pensamientos, los sentimientos y las acciones individuales propias de un ser holístico quien, al utilizar los recursos de afrontamiento innatos y adquiridos, busca adaptarse a un ambiente cambiante, lo cual permite a las enfermeras identificar en los familiares de los pacientes estrategias adecuadas para manejar el estrés generado por la hospitalización en unidades críticas relacionadas con pronósticos negativos del paciente e incluso la muerte.

El estudio de los estilos y formas de afrontamiento puede convertirse en una herramienta para formular estrategias de intervención para la enfermera como parte de la emisión de cuidados integrales, las cuales van a ser empleadas en la familia, buscando la disminución del impacto negativo y así mismo realizar una adecuada adaptación de la familia.

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1. Objetivo General**

Determinar el nivel de uso de las estrategias de afrontamiento por las familias para disminuir su estrés, ante la hospitalización de un pariente adulto en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - 2015.

### **1.4.2. Objetivos específicos:**

- Identificar el nivel de uso de las estrategias **cognitivas** de afrontamiento al estrés por las familias, ante la hospitalización de un pariente adulto en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - 2015.

- Identificar el nivel de uso de las estrategias **afectivas** de afrontamiento al estrés por las familias, ante la hospitalización de un pariente adulto en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - 2015.
- Identificar el nivel de uso de las estrategias **conductuales** de afrontamiento al estrés por las familias, ante la hospitalización de un pariente adulto en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - 2015.

### 1.5 PROPÓSITO

Con el presente estudio se pretende proporcionar información válida, actualizada y confiable a las autoridades de la institución y profesionales de enfermería para conocer el nivel de uso de las estrategias de afrontamiento para disminuir su estrés, que suelen utilizar los familiares de parientes hospitalizados, de manera tal que sirva de base para reforzar la interacción que debe realizar el profesional de salud y sobre todo las enfermeras en la atención integral y holística que se brinde al paciente, considerado que no solo de trata de dar una atención centrada en el paciente per se, sino considerar a la familia que está detrás de él; esta visión permitirá organizar y dirigir programas orientados, a manejar las crisis de las familias, generando en ellos mecanismos o estrategias de afrontamiento eficaz de sus propias crisis; de esta forma se buscará mejorar la calidad de atención de salud brindada por la institución tanto en el paciente hospitalizado como en el familiar.

Además, con los resultados obtenidos, se pretende realizar una reflexión crítica por parte de los profesionales de enfermería sobre los cuidados ofrecidos a los familiares de los pacientes en la práctica clínica diaria y fortalecer los mecanismos de afrontamiento de las familias con pacientes en estado crítico que se encuentran en la unidad de cuidado intensivo

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

#### 2.1. ANTECEDENTES

##### Nacionales

Acosta Navarro, Rosa en 2011, en Perú, Lima realizó un estudio sobre la “Nivel de estrés y estrategias de afrontamiento que utilizan los adultos mayores de la asociación Los Auquis de Ollantay, Pamplona Alta, San Juan de Miraflores - 2011”. El objetivo fue determinar el nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento que utilizan los adultos mayores de la asociación Los Auquis de Ollantay, Pamplona Alta, San Juan de Miraflores. El método fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, de tipo descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 50 personas adultas mayores. La técnica fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo escala modificada de likert, llegando a la siguiente conclusión entre otras:

*“Los adultos mayores de la asociación Los Auquis de Ollantay, Pamplona Alta, San Juan de Miraflores presentan un nivel medio de estrés general con una marcada tendencia al alto y las estrategias de afrontamiento más utilizadas son las cognitivas seguida de las afectivas y conductuales.”*

Mellado Huamaní, Carmen en 2010, en Perú, Lima realizó un estudio sobre la “Nivel de estrés y mecanismos de afrontamiento de los estudiantes de Segunda Especialidad en Emergencias y Desastres de la UNMSM 2010”. El objetivo fue determinar el Nivel de estrés y mecanismos de afrontamiento de los estudiantes de Segunda Especialidad en Emergencias y Desastres de la UNMSM 2010. El método fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 25

estudiantes de segunda especialidad. La técnica fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo escala modificada de likert, llegando a la siguiente conclusión entre otras:

*“La mayoría tiene estrés de medio a alto lo que se ve evidencia porque expresa que al final de la jornada se sienten agotados, se encuentran cansados cuando se levantan por las mañanas y tienen que enfrentarse a otro tipo de trabajo y las estrategias de afrontamiento en su mayoría son de acción positiva esforzada referido a que se esfuerzan por tener éxito, concentrarse y resolver el problema, buscar apoyo social; y la estrategia de introversión caracterizada por reservarlo para sí.”*

### **Internacionales**

Tarquino L. en el año 2014, en Colombia, realizó una investigación respecto a “Afrontamiento de la familia del paciente en cuidados intensivos”. Con el objetivo de revisar de los antecedentes teóricos y empíricos sobre la experiencia de la familia en UCI. Metodología: Se revisaron 62 artículos indexados en bases de datos. Resultados: la UCI es algo desconocido tanto para el paciente como para la familia, por esto este entorno acentúa la aparición de síntomas ansiosos, depresivos y en algunos casos estrés post traumático. La muerte es uno de los principales temores que debe enfrentar la familia. Con el propósito de ajustarse a las demandas de la UCI, obteniéndose que:

*“Los familiares exhiben estrategias de afrontamiento enfocadas principalmente en la comunicación, el soporte espiritual y religioso y la toma de decisiones. El cuidado centrado en la familia permite una mejor comunicación, relación con el paciente y personal médico. El papel del psicólogo es poco explorado en el espacio de la UCI, pero este puede promover*

*estrategias de prevención y de rehabilitación en el paciente y su grupo familiar. Conclusiones: temores, expectativas, actitudes, estrategias de afrontamiento, factores generadores de estrés permiten explicar y comprender la experiencia de la familia del paciente en UCI”.*

Jiménez Vivian, Zapata Lina, Díaz Leticia, en el año 2012, en Colombia, realizaron una investigación titulada: “Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo de la clínica universidad de la Sabana, en Chía”. Con el objetivo de identificar la capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo de la Clínica Universidad de La Sabana, en Chía. Materiales y métodos: estudio de tipo cuantitativo descriptivo desarrollado en el segundo semestre del 2010, que incluyó 61 familiares. Para la recolección de la información se utilizó el instrumento Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy. Los rangos de edad de los participantes oscilaron entre 18 y 65 años, con una participación mayoritaria del género femenino (67,2%) sobre el masculino (32,8%). Obteniendo como resultados que:

*“La capacidad de afrontamiento y adaptación fue alta al obtener un puntaje del 85,2% y baja con puntaje del 14,8%. Se observó que en una gama de estrategias de afrontamiento y adaptación las utilizadas con mayor frecuencia por los familiares fueron: las de factor físico y enfocado (factor 2, relacionado con bajo afrontamiento), y factores combinados recursivo y centrado, concluyendo que las estrategias de afrontamiento utilizadas por los familiares fueron las dirigidas a la solución del problema, caracterizándose por hacer frente a la situación desde un principio, planeando actividades dirigidas a modificar la conducta y desarrollar objetivos específicos que contribuyan con la solución del mismo.”*

Márquez Herrera, Marisela en 2012, en Colombia, realizó un estudio sobre la “La experiencia del familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos”. El objetivo fue describir la experiencia del familiar de la persona que vive una situación de enfermedad hospitalizada en la unidad de Cuidados Intensivos Adulto de la Fundación Oftalmológica de Santander (FOSCAL). El método fue estudio de tipo cualitativo – fenomenología. La población estuvo conformada por 9 familiares de los pacientes. La técnica fue la entrevista y el instrumento un formulario tipo escala modificada de likert, llegando a la siguiente conclusión entre otras:

*“La experiencia del familiar se describe a través de seis categorías que son: Sentimientos, modificación de hábitos, afrontamiento, soportes, transformación y necesidades. La categoría afrontamiento, conformada por los códigos; crisis, estrategias de afrontamiento, adaptación al escenario de UCI y aceptación, el familiar tiene la capacidad de soportar las crisis que genera una enfermedad grave a través de estrategias que favorecen la aceptación.”*

Leyva Pescador, Yoeli y Col. en 2011, en México, realizó un estudio sobre la “Nivel de adaptación y afrontamiento en las mujeres con cáncer de mama”. El objetivo fue conocer el nivel de adaptación y afrontamiento de las mujeres con cáncer de mama, atendidas en una institución de salud de Durango, Dgo. México. El método fue estudio de tipo cuantitativo descriptivo. La población estuvo conformada por 22 mujeres con cáncer de mama. La técnica fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo escala modificada de likert, llegando a la siguiente conclusión entre otras:

*“La adaptación de las mujeres que han padecido cáncer de mama es u proceso dinámico, enfrentan múltiples desequilibrios que afectan sus dimensiones emocional, física, mental y social. Se pudo conocer el nivel de adaptación y*



*afrontamiento de las mujeres con cáncer de mama comprobando que en su mayoría presentan un nivel de adaptación integrado y compensatorio.”*

Flores Torres, Inna y Col. en 2011, en Colombia, realizó un estudio sobre “Afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de unidades de cuidado intensivo”. El objetivo fue describir la capacidad de afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de unidades de cuidado intensivo de la ciudad de Cartagena, Colombia. El método fue de estudio de tipo cuantitativo descriptivo. La población estuvo conformada por 171 pacientes. La técnica fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo escala modificada de likert, llegando a la siguiente conclusión entre otras:

*“Los pacientes reflejaron un estilo de afrontamiento activo con estrategias centradas en el problema tanto cognitivas como comportamentales, percibiendo la situación como controlable. El 63.2% de los participantes se ubicó en el nivel de alta capacidad, el 19.9% en el mediano, el 15.8% muy alta capacidad y la baja capacidad de afrontamiento y adaptación reportó 1.2%.”*

Agudelo Castañeda, Claudia y Col. en 2010, en Colombia, realizó un estudio sobre “Afrontamiento familiar en la unidad de cuidado intensivo (adulto)”. El objetivo fue fortalecer los mecanismos de afrontamiento de las familias con pacientes en estado crítico que se encuentran en la unidad de cuidado intensivo de la Clínica Universitaria Teletón. El método fue la metodología del marco lógico. La población estuvo conformada por 6 familias. La técnica fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo escala modificada de likert, llegando a la siguiente conclusión entre otras:

*“La familia debe ser receptora de los cuidados de enfermería que ayuden a mejorar sus mecanismos de afrontamiento ante la situación de crisis que los lleve a una adaptación*

*adecuada. Resulta pertinente identificar los mecanismos de afrontamiento empleadas por los familiares de personas hospitalizadas en la unidad de cuidado intensivo, con el fin de fortalecer las ya existente y sugerir otras que contribuyan a una mejor adaptación por parte de la familia.”*

Cerón Polanco, Yolanda en 2008, en Bogotá, realizó un estudio sobre “Aspectos presentes en la comunicación de la enfermera, la familia y la institución en la unidad de cuidado intensivo”. El objetivo fue describir los aspectos presentes en la comunicación de la enfermera, la familia y la institución en la UCI. El método fue estudio tipo revisión documental, llegando a la siguiente conclusión entre otras:

*“Con respecto a la familia, se encontró que uno de los aspectos presentes que influyen en la comunicación con la enfermera, es que los sentimientos y actitudes de angustia, desesperación, frustración, miedo, impotencia, agresividad y depresión que emiten los familiares de los pacientes de las unidades de cuidado intensivo, son la mayoría de las veces causados por la inconformidad que les produce la información.”*

Reyes Rasse, Carolina y Col. en 2006, en Chile, realizó un estudio sobre “Las estrategias de Afrontamiento frente a la percepción de apoyo social: Estudio Descriptivo-Comparativo con adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados”. El objetivo fue describir y comparar las estrategias de afrontamiento utilizadas por adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados frente a la percepción de apoyo social, considerando la variable sociodemográfica, género en la región metropolitana. El método fue un estudio descriptivo-comparativo de carácter cuantitativo. La población estuvo conformada por 100 participantes. La técnica fue la encuesta y el instrumento

un formulario tipo escala modificada de likert, llegando a la siguiente conclusión entre otras:

*“La hospitalización en la UCI se plantea como la solución a las dificultades asociadas a una enfermedad grave; sin embargo, esta hospitalización no está exenta de contribuir a lo difícil de la situación debido al tipo de ambiente que ofrece a las personas, a las frecuentes y estrictas rutinas involucradas en el cuidado y al contacto con los elementos tecnológicos que a la vez que producen efectos benéficos también producen problemas físicos y emocionales incomodidad y temor.”*

## **2.2. BASE TEÓRICA**

A continuación, se presenta la base teórica relacionada con el tema de estudio. Con ella se pretende entender al asunto de interés de la investigación, el abordaje conceptual tomado es la teoría de afrontamiento y adaptación de la Dra Callista Roy.

### **2.2.1. LA FAMILIA**

La familia es un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo. Constituye la unidad básica de la sociedad.

En la actualidad, destaca la familia nuclear o conyugal, la cual está integrada por el padre, la madre y los hijos a diferencia de la familia extendida que incluye los abuelos, suegros, tíos, primos, etc.

En este núcleo familiar se satisfacen las necesidades más elementales de las personas, como comer, dormir, alimentarse, etc. Además se prodiga amor,

cariño, protección y se prepara a los hijos para la vida adulta, colaborando con su integración en la sociedad.

La experiencia del familiar de tener una persona que se encuentra hospitalizada en la UCI se describe como una vivencia que genera gran impresión, en la que se exponen variedad de estados afectivos del ánimo tales como: sentimientos de pérdida, amenaza de muerte y duelo, angustia, depresión, dolor, sufrimiento, esperanza, impotencia, preocupación, tranquilidad e intranquilidad y frustración, enmarcados dentro de una ambivalencia permanente<sup>19</sup>.

El familiar experimenta preocupación y angustia por como el entorno y la complejidad de los demás pacientes puede afectar a la persona hospitalizada, al igual que las ideas preconcebidas del riesgo de la hospitalización en la UCI, los procedimientos quirúrgicos y la posibilidad de complicación; así como por la falta de contacto o separación de la persona hospitalizada y la falta de información detallada sobre las condiciones del paciente.

### **2.2.2. LA FAMILIA DEL PACIENTE CRÍTICO**

“La familia es un grupo con características determinadas por la cultura, que influye en la cooperación económica, reproducción, crianza y socialización de sus integrantes....Suele actuar para sostener y proteger a sus miembros, tanto individual como colectivamente. Es el soporte principal de sus integrantes. Toda amenaza a la función que se sienta ansiosa, si la familia siente la amenaza de perder a uno de sus miembros, se defiende contra la pérdida”<sup>20</sup>.

La familia es un grupo cuyos miembros se interrelacionan, y están sujetos a la influencia del entorno. Por lo tanto la hospitalización de uno de ellos crea una situación de crisis. “El ingreso de un paciente en una unidad de cuidados intensivos somete a los miembros de su familia a una situación difícil, que provoca ansiedad y preocupación”<sup>21</sup>.

Por otra parte, la Asociación Americana de Psiquiatría, califica la hospitalización en una unidad de cuidados intensivos como un estrés traumático, ya que somete a los miembros de una familia a una difícil situación que implica cambios de roles, desplazamiento del hogar y miedo a la muerte; la familia se ve obligada a compaginar sus sentimientos de incertidumbre con la comprensión de explicaciones, la toma de decisiones difíciles, y, en ocasiones, con la aceptación de lo inevitable. Estos conflictos afectivos y emocionales pueden repercutir no solo en la salud psicológica de la familia sino, además, en la recuperación del paciente.

En estos casos es cuando la familia toma ciertas medidas como tratar de superar esta situación por la que atraviesa y busca apoyo de personas cercanas ella, otras tratan de buscar consuelo en la religión, otras tratan de apartarse de todo y no aceptan la situación actual, y así sucesivamente la familia va a encontrar diferentes estrategias para afrontar esta situación por la es tener a un pariente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos.

### **2.2.3. AFRONTAMIENTO**

El afrontamiento ha sido definido por Callista Roy como los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza la persona para atender las demandas del ambiente, que actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad, es esencial para la salud y el bienestar. “Afrontamiento” se utiliza de forma muy amplia en adaptación en situaciones estresantes. No hay definición comúnmente aceptada, sino definiciones muy diversas, varían de acuerdo a diferentes circunstancias”<sup>9</sup>.

El estudio de afrontamiento para la adaptación tiene un interés central porque de su eficacia depende el mantenimiento y la recuperación de la salud. Este proceso hace referencia a todos los esfuerzos que realiza una persona para controlar los estímulos del medioambiente, así como las diferentes estrategias que utiliza permanentemente para afrontarlos. En los procesos de afrontamiento se activan tanto el subsistema regulador como el cognitivo. El

primero es innato, responde a través de unos canales neuronales, químicos y endocrinos. “El proceso de afrontamiento cognitivo esta íntimamente relacionado con la conciencia encargada de monitorizar y regular el comportamiento humano”<sup>8</sup>.

Por otro lado, desde la psicología el afrontamiento corresponde con la acción de afrontar, es decir, de arrastrar, hacer frente a un enemigo, un peligro, responsabilidad, etc., un agente o acontecimiento estresante en suma.

#### **2.2.4. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO**

Las estrategias de afrontamiento (a veces llamadas con el término inglés coping) hacen referencia a los esfuerzos, mediante conductas que son manifestadas o se interiorizan, para hacer frente a las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que exceden los recursos de la persona. “Estos procesos entran en funcionamiento en todos aquellos casos en que se desequilibra la transacción individuo-ambiente”<sup>10</sup>.

Lazarus y Folkman (1984) definen el afrontamiento como "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo". Ellos plantean el afrontamiento como un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias defensivas, y en otros con estrategias que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno.

La mayoría de los estudios sobre afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986; Moos, 1988; Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Páez Rovira, 1993; Galán Rodríguez y Perona Garcelán, 2001) concuerdan en determinar 3 tipos generales de estrategias (dominios) de afrontamiento, que se corresponderían a otros tantos estilos de afrontamiento: afrontamiento **cognitivo**, **afectivo** y **conductual**. También conocidos como esquemas mentales intencionales de respuesta (**cognitiva, emocional o**

**conductual)** dirigidos a manejar (dominar, tolerar, reducir, minimizar) las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que ponen a prueba o exceden los recursos de la persona. Las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos y específicos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes.

<b>Afrontamiento Cognitivo</b>	<b>Afrontamiento afectivo</b>	<b>Afrontamiento conductual</b>
aceptación, la anticipación, el autoanálisis, el humor, la planificación, el poder mental, la preocupación, la reestructuración mental, y la reevaluación positiva	Agresión pasiva, el aislamiento social, la búsqueda de apoyo social, el autocontrol, la catarsis, el escape o evitación y la supresión.	abordaje directo, la autoafirmación, la falta de enfrentamiento y la postergación, el refugiarse en la fe, etc.

## **ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO COGNITIVO**

Buscar un significado al suceso (comprenderlo), valorarlo de manera que resulte menos aversivo, o enfrentarlo mentalmente.

### **Aceptación** (reconocer, respetar, tolerar)

“Uno no se queja del agua porque está mojada, ni de las rocas porque son duras... La persona que se autorrealiza encara la naturaleza humana en sí mismo y en los demás de la misma manera en que el niño mira al mundo con ojos muy abiertos, inocentes y sin crítica, simplemente apreciando y observando lo que corresponde y sin discutir las cosas ni pretender que sean diferentes” (Abraham Maslow).

“Cuando el cliente experimenta la actitud de aceptación que el terapeuta tiene hacia él, es capaz de asumir y experimentar esta misma actitud hacia sí mismo. Luego, cuando comienza a aceptarse, respetarse y amarse a sí mismo, es capaz de experimentar estas actitudes hacia los demás” (Carl Rogers).

La actitud de aceptación (incondicional) implica una superación del amor condicionado (aceptación condicionada) de la infancia: "Te quiero si (a condición de que)...".

### **Anticipación**

Anticipar problemas o situaciones conflictivas posibles, considerando las reacciones emocionales y las respuestas o soluciones alternativas. La idea es evitar un estado de preocupación (ansiedad) presente, e inmunizarse para una situación futura posible, a semejanza del objetivo preventivo de las vacunas; pero, en éste caso, sin nocividad posible, puesto que no alteran el cuerpo.

### **Autoanálisis** (autoobservación, autocrítica)

Reflexionar sobre los propios pensamientos, motivaciones, sentimientos y comportamientos, reconociendo la propia responsabilidad en el origen (ocurrencia), mantenimiento o manejo del problema (situación estresante), y actuar en base a ésta reflexión. La relajación o la meditación son técnicas que pueden optimizar éste análisis porque amplían el campo de conciencia.

### **Humor**

El sentido del humor permite afrontar conflictos, o situaciones potencialmente angustiantes, de forma humorística, acentuando los aspectos cómicos o irónicos. En otros casos, una expresión de humor (por ejemplo, un chiste) es una formación de compromiso (forma que adopta lo reprimido para ser admitido en lo consciente, a semejanza del síntoma, los lapsus o los sueños) en la que se satisfacen, a la vez, el deseo inconsciente y las exigencias defensivas.

- Una especie de risa falsa al final de cada frase, puede tener el efecto psicológico subliminal de decir al oyente, "Estoy realmente atemorizado por los conflictos, así que, por favor, no tome en serio todo lo que digo, no sea que se ofenda y se encare conmigo". La risa puede encubrir un impulso agresivo: "Vaya, casi le derramo el café encima (seguido de una risa)". Esta persona podría tener mucho resentimiento residual desde la infancia, por la forma en



que los padres lo maltrataron, por lo que causar ahora sufrimiento a alguien proporciona una satisfacción inconsciente por las injusticias sufridas de niño. Así pues, su risa revela la verdad: estaría inconscientemente encantado de derramar el café sobre usted.

### **Planificación** (planeamiento)

Pensar y estudiar el problema, analizando los diferentes puntos de vista u opciones, y desarrollar estrategias para solucionarlo

### **Poder mental**

Esta propuesta incluye técnicas metafísicas que se centran directamente en el poder del pensamiento: Visualizaciones, Afirmaciones, Peticiones, Decretos u Oraciones. La Metafísica esotérica es la ciencia que va “más allá de la Física”, y que se ocupa de “lo invisible y sin forma”. Se divide en 3 campos de estudio: Ontología, que estudia el Ser (“Yo Soy”), Teología, que estudia a Dios en manifestación (“Yo Soy el que Soy”), y Gnoseología, que estudia el conocimiento en sí mismo (“Yo sé lo que Soy”).

### **Preocupación**

Se trata de una preocupación (improductiva) por la felicidad futura (“Preocuparme por lo que está pasando”), relacionada con la afectividad negativa (tendencia a estar angustiado, a preocuparse, al pesimismo, y a estados de infelicidad o depresivos).

### **Reestructuración mental**

Situarse en un contexto de ayuda, proyectada hacia un cambio positivo de la personalidad. El ejemplo más representativo es una Psicoterapia, ya sea online o presencial, que considere la realidad del Inconsciente. En el caso de que el cliente (quizás también el terapeuta) viva la psicoterapia únicamente como fuente de apoyo emocional, hablaríamos de **Apoyo social**

### **Reevaluación positiva**

Modificar el significado de la situación estresante, especialmente atendiendo a los posibles aspectos positivos que tenga, o haya tenido (fijarse en lo positivo), que expresa optimismo, y una tendencia a ver el lado positivo de las cosas y considerarse afortunado. Por ejemplo, considerar el problema de forma relativa, y como un estímulo para el desarrollo personal.

### **Afrontamiento afectivo**

Centrarse en mantener el equilibrio afectivo, o aminorar el impacto emocional de la situación estresante.

### **Agresión pasiva**

Expresión de agresividad hacia los demás de forma indirecta y no asertiva. Muchas veces se da como respuesta a una demanda de acción o desempeño independiente, o a la falta de satisfacción de deseos de independencia, pero puede ser adaptativo para personas en situaciones de subordinación, donde la comunicación directa y asertiva está castigada, por lo que no es posible expresar asertividad de una forma más abierta (un subordinado respecto a su jefe, relaciones de abusos o maltrato).

**Hostilidad o resentimiento latente hacia los demás** (a menudo ira hacia el padre)

Aquí la agresión pasiva se entiende como mecanismo de defensa, ya que la agresividad se ha desvinculado de su motivo o de su objeto, pudiendo haber conciencia o no del sentimiento.

### **Sumisión (educación, respeto, bondad) aparente**

"Lo siento muchísimo, perdóname, pero es que el autobús llegó tarde" (sobre todo si lo dice una persona muy habituada a llegar tarde).

## **Quejas y rechazo de ayuda**

Expresión de quejas o demandas repetidas de ayuda (referidas a síntomas físicos o psicológicos, o problemas de la vida diaria), seguidas por el rechazo a cualquier sugerencia, consejo u ofrecimiento de ayuda.

Un cliente potencial de psicoterapia realiza la primera sesión, que es gratuita, en la que se recrea ampliamente, centrado en sus problemas, y más allá del tiempo establecido para una sesión de encuadre. Al final de la sesión, le dice al psicólogo que “se tiene que pensar” si hacer psicoterapia, porque la consulta está bastante lejos de su casa, y, a lo mejor, lo “único” que tiene que hacer es “quererse más a sí mismo”.

## **Aislamiento social** (retirada social)

Retirarse de la interacción social (respecto a familiares, amigos, compañeros y personas significativas), por una necesidad positiva de afrontar los problemas desde la soledad, por huida de los demás, por reserva (para que no conozcan su problema (“Guardar mis sentimientos para mí solo”), o ambas cosas.

## **Apoyo social**

Acudir a otras personas cercanas (pareja, familiares, amigos), organizaciones (peticiones) o grupos (organizando o formando parte de ellos), profesionales (abogados, psicólogos, sanadores, etc.) o líderes espirituales, para buscar apoyo instrumental (por ejemplo, dinero), información, apoyo emocional o apoyo espiritual (donde el fenómeno más saliente es el de la sugestión). Implica compartir los problemas con otros, pero sin tratar de hacerles responsables de ellos (sin culpar a los que nos ayudan o apoyan - Afiliación, DSM IV TR-).

**Autocontrol** (control emocional)

Esfuerzos para controlar y ocultar los propios sentimientos y respuestas emocionales.

**Catarsis** (descarga emocional)

Liberar las emociones, expresar los propios sentimientos y estados emocionales intensos (llorar, gritar, liberar la agresividad), puede ser eficaz para afrontar determinadas situaciones difíciles. A semejanza del método catártico psicoanalítico (descarga de las emociones - por ejemplo, llanto - vinculadas a un acontecimiento traumático inconsciente, a través de su vivencia en el presente), hablar, comunicar nuestras preocupaciones, expresar las emociones, tiene el efecto de reducir tanto la probabilidad de que se produzcan rumiaciones obsesivas, con el paso del tiempo, como de somatizar y de que aparezca un incremento en la actividad fisiológica (Pennebaker y Susman, 1988).

Es curioso, aunque no sorprendente que el uso de un diario, en el que se detallen por escrito las preocupaciones, mejora de manera significativa el funcionamiento inmunológico en diversas variables de los sujetos (Pennebaker y cols., 1988).

**Escape/evitación** (distanciamiento, desconexión cognitiva, evasión)

Apartarse del problema, no pensar en él, o pensar en otra cosa, para evitar que afecte emocionalmente ("Saco el problema de mi mente"), empleo de un pensamiento irreal (o mágico) improductivo ("Ojalá hubiese desaparecido esta situación"), o de un pensamiento desiderativo (deseo de que la realidad no fuera estresante, fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras - esperanza -), realizar actividades como distracción (diversiones relajantes como ver televisión, oír música, leer un libro o tocar un instrumento musical; conductas de autocuidado, como arreglarse, vestirse bien, o hacer deporte; ordenar cosas, salir con amigos - o solo - a divertirse), o estrategias

reductoras de tensión (paliativas) como comer, fumar, beber alcohol, o usar otras drogas o medicamentos.

La retirada de la interacción con el mundo (retirada apática), en lugar de hacer frente a los problemas y retos con la adopción de acciones eficaces, es un componente clave de todas las adicciones. El sentimiento de falta de amor verdadero de los padres, lleva a recurrir (induce) a la autosatisfacción a través de sustancias (por ejemplo, drogas), conductas (por ejemplo, ludopatías), o el propio cuerpo (por ejemplo, adicción al sexo) con lo que se evita dar amor verdadero a otros.

### **Supresión**

Consiste en la evitación intencional de ideas, recuerdos (pensar en problemas), deseos, sentimientos, impulsos o experiencias que son desagradables (que producen malestar). Es un mecanismo consciente que tendría lugar a nivel de la “segunda censura”, que Freud sitúa entre el consciente y el preconscious. Es una exclusión fuera del campo de conciencia actual, y donde desempeñan una función primordial las motivaciones morales. El contenido suprimido se convierte en preconscious y no en inconsciente (es la acepción más frecuente, existente desde “La interpretación de los sueños”, 1900). El afecto no es transpuesto al inconsciente (no puede hablarse en rigor de afecto inconsciente), sino inhibido, abolido (sentido que se encuentra, sobre todo, en la teoría freudiana de la represión: sólo corresponde en el sistema inconsciente “... a un rudimento que no ha llegado a desarrollarse”).

La vida en sociedad a veces requiere que el individuo aplase la satisfacción de sus necesidades. Una persona puede estar convencida de que, para evitar males mayores, debe postergar, quizá indefinidamente, la expresión de una conducta (verbal, motriz, etc.) y, por tanto, la satisfacción de la necesidad percibida que subyace a la misma. Un ejemplo de supresión es cuando una persona inhibe pensamientos sexuales (hay una necesidad sexual percibida) cuando interactúa con compañeros de trabajo atractivos, para no poner en riesgo su puesto de trabajo, y, por tanto, su fuente de ingresos y su nivel de vida (que es un mal mayor).

## **Afrontamiento conductual**

Afrontar la situación estresante de forma directa, a través de un proceso que optimice el resultado, o bien no reaccionar de ninguna manera, ni empleando ninguna estrategia de las anteriores.

## **Afrontamiento directo** (confrontación)

Afrontar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas, o potencialmente arriesgadas.

## **Autoafirmación** (respuesta asertiva)

Reacción que expresa directamente los pensamientos o sentimientos de forma no agresiva, coercitiva, ni manipuladora (asertividad).

## **Falta de afrontamiento** (renuncia, desconexión comportamental)

Refleja la incapacidad del sujeto para enfrentarse al problema, debido a la percepción de falta de control sobre el mismo, o a considerarlo irresoluble, y la tendencia a desarrollar síntomas psicósomáticos, o reacciones depresivas: “No tengo forma de afrontar la situación”.

## **Postergación** (refrenar el afrontamiento)

Esperar hasta que aparezca la ocasión adecuada para actuar, postergar todo tipo de actividades hasta adquirir mayor y mejor información sobre la situación.

Callista Roy en su modelo de Adaptación define como la habilidad que poseen las personas para responder a las pérdidas, amenazas y desafíos de la vida, respondiendo con estilos de afrontamiento para alcanzar la adaptación ante situaciones que implican distintos procesos cognitivos.

Everly (1989), lo define "como un esfuerzo para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, estos esfuerzos pueden ser psicológicos o conductuales".

Holroyd y Lazarus (1982) y Vogel (1985) definen que las estrategias de afrontamiento antes que la naturaleza de los estresores pueden determinar si un individuo experimenta o no estrés<sup>11</sup>.

Hay muchos modos de afrontar y no todos ellos son deliberados, ni siquiera voluntarios. Es el caso de los mecanismos de defensa, postulados por el psicoanálisis, pero estudiados también por la psicología objetiva, ya experimental, ya dimensional o estructural.

Tales estrategias constituyen modos de afrontamiento: modos "mecánicos", automatizados, a la manera de un resorte, como su mismo nombre y metáfora básica indica; afrontamiento, por otra parte, orientado a la emoción, a la propia ansiedad y desazón, más que al problema objetivo. Pero puede ampliarse y transformarse mucho la noción de "defensa" hasta abarcar asimismo la que se organiza frente a la realidad exterior, al peligro objetivo, al problema, e incluir no sólo mecanismos automáticos, sino también estrategias conscientes. Aparece así la idea y la práctica deliberada práctica deliberada- de las estrategias de afrontamiento Muchas de ellas son cognitivas, de manejo de la memoria, de la información, de atención selectiva. Las estrategias guardan relación con la toma de decisiones: no se afronta sin tomar decisiones, sólo que como efecto lateral indeseado- tener que decidir suele ser, a su vez, una fuente de estrés.

Bajo el modo del automatismo o bien de la estrategia propiamente tal, existen distintas direcciones del afrontamiento. A menudo suele hablarse del doble sistema "fight" / "flight": enfrentamiento mediante aproximación o, por el contrario, huida o evitación; o sea, en el peligro, dar la cara o dar la espalda. Es muy amplio "en todo caso el rango de las conductas de afrontamiento: desde la defensa perceptiva hasta el apego, la agresión, la reactancia, la comunicación social, la búsqueda de información o de apoyo social"<sup>12</sup>. Muchas de las

estrategias de afrontamiento, por no decir todas, tienen un importante componente **cognitivo**, de procesamiento de la información, de manejo de los estímulos estresores. A la postre, lo que se afronta es la "realidad": lo que se opone a la omnipotencia del deseo, del pensamiento desiderativo. El afrontamiento involucra siempre un principio cognitivo de realidad, de racionalidad práctica.

El afrontamiento es una variedad singularmente destacada de conducta, una variedad en la que luce de modo excepcional la función adaptativa de todo comportamiento. A veces contribuye de hecho a adaptar al agente; otras veces no lo logra. En cuanto a modalidad de la conducta, el afrontamiento ha de ser definido con independencia de su resultado, de su eficacia; pero esto no significa que sea indiferente tal resultado perseguido: el acierto en su funcionalidad adaptativa. Es difícil establecer leyes generales sobre las circunstancias en que cumple esa función. Seguramente la más cierta de esas leyes es la cauta afirmación de que "las estrategias de afrontamiento funcionan con efectos modestos, algunas veces y en algunas personas".

En relación con el buen o mal funcionamiento de la acción de afrontar, aparece toda la temática de los eventos consiguientes al estrés, con o sin el debido afrontamiento: consecuencias del estrés, del no haber afrontado, o de haber afrontado mal, o haber afrontado bien, con éxito, pero también con costes psicológicos que han venido a significar malestar o nuevo estrés. Buena parte de la investigación y la teoría sobre el estrés se concentra, pues, no ya en sus fuentes, en sus factores determinantes, sino en sus consecuencias, en sus efectos.

Los eventos estresores y los recursos influyen —se dice— la salud y el bienestar. "El estrés llega a afectar y alterar el sistema inmunológico del organismo; lo hace más vulnerable a agentes de infección. Con ello se completa el curso de acción de estrés →→ afrontamiento →→ consecuencias, cuyo análisis global y formalización teórica han tratado de recoger diferentes modelos"<sup>13</sup>.



Se conoce que el afrontamiento viene determinado por la evaluación cognitiva, donde se diferencia evaluación primaria y secundaria. Para hacer referencia a los recursos nos detendremos en la evaluación secundaria que conduce a la pregunta **¿Qué se puede hacer?** La forma en que el sujeto afronte realmente la situación dependerá principalmente de los recursos que disponga y de las limitaciones que dificulten el uso de tales recursos en el contexto de una interacción determinada. “Decir que una persona cuenta con muchos recursos no solo significa que dispone de un gran número de ellos, sino que también tiene habilidad para aplicarlos ante las distintas demandas del entorno”<sup>14</sup>.

#### **A. Focalizado en la solución del problema (FSP)**

Se manifiesta cuando el individuo busca modificar la situación existente, ya sea alejando o disminuyendo el impacto de la amenaza. Comprende los siguientes:

- Requerimiento de información y asesoramiento: son estrategias dirigidas a la búsqueda de mayor información sobre la situación acudiendo a personas de autoridad que puedan guiar al sujeto.
- Acciones de solución de problemas: consiste en llevar a cabo situaciones específicas sobre la situación, realizando planes alternativos, aprendiendo nuevas habilidades dirigidas al problema, negociando y comprometiéndose a intentar solucionar la situación.
- Desarrollo de gratificaciones alternativas: son los intentos del sujeto de tratar con el problema cambiando las propias actividades y creando nuevas fuentes de satisfacción, recurriendo el sujeto a buscar metas sustitutas de gratificación.
- **Reinterpretación positiva y crecimiento:** El individuo evalúa el problema de manera positiva, reconociendo o atribuyendo cualidades favorables a la experiencia estresante en sí misma, es decir, rescatando lo favorable de la situación adversa y asumiéndola como un aprendizaje para el futuro.

- **Supresión de actividades distractoras:** Representa el pasar por alto o subestimar otras posibles actividades evitando ser distraído, con el objeto de manejar mejor el estresor.
- **Afrontamiento activo:** Consiste en realizar conductas orientadas a incrementar los esfuerzos con el fin de distanciar, evitar el estresor, o minimizar sus efectos negativos.

## **B. Autofocalización negativa (AFN):**

- Caracterizada por indefensión, culpa, sentimientos de incapacidad. Esta autofocalización en un estado depresivo puede tener consecuencias nefastas para la propia persona ya que la autofocalización es sesgada, parcial, es decir, la persona se centra en ella misma y todo lo que le acontece, centrándose especialmente en los aspectos negativos y olvidando al mismo tiempo todos los positivos, sin darle importancia a estos últimos<sup>15</sup>.

Las consecuencias que puede traer el focalizar la atención en nosotros mismos cuando estamos en un estado depresivo son las siguientes:

1. Una tendencia a autoevaluarse en la que la persona compara su estado actual, que es más bien bajo en este momento (estado depresivo), con el inalcanzable estado deseado. Esto da lugar a un mayor sentimiento de desesperanza, tristeza, infelicidad... ya que la persona encuentra un abismo entre cómo ve su vida y como la desearía.
2. El estado de ánimo negativo (tristeza, desesperanza, desconsuelo, desesperación...) se intensifica.
3. La persona crea una imagen de sí misma negativa ("no valgo nada", "no soy nadie sin...", "soy horrible"... ) que va a disminuir aún más su autoestima.
4. Tendencia a responsabilizarse de sus fracasos, lo que va a provocar: una disminución en la motivación para afrontar nuevas tareas, sentimientos de incompetencia, menor rendimiento ...

5. Sus expectativas futuras ante nuevos desafíos serán de fracaso en lugar de éxitos<sup>16</sup>.

- **Negación:** Se define como rehusarse a creer que el estresor existe o comportarse y pensar como si el estresor fuera irreal o sencillamente no existente.

- **Resignación:** Aceptación con paciencia y conformidad de una adversidad o de cualquier estado o situación perjudicial.

### **C.      Reevaluación positiva (REP)**

Consiste en el intento de definir el significado de las situaciones, e incluye estrategias como:

- **Análisis lógico:** intentos para identificar la causa del problema, enfatizando en algún aspecto de la situación, analizando experiencias previas relevantes y reevaluando posibles acciones y sus respectivas consecuencias.

- **Redefinición cognitiva:** consiste en que el sujeto puede aceptar la situación, pero la reestructura para obtener algo favorable, concentrándose en lo positivo que pueda surgir de esa situación.

- **Evitación cognitiva:** incluye la evasión como intento de olvidar la situación perturbadora y rechazarla, refugiándose en la fantasía y el “soñar despierto” como modo de negar la situación estresante.

- **Expresión emocional abierta**

Se dirigen a disminuir o eliminar reacciones emocionales desencadenantes por la fuente estresante.

- **Planificación de actividades:** Proceso consistente en pensar cómo manejarse frente al estresor, organizando y planificando estrategias de acción, escogiendo y estableciendo cual será la mejor estrategia para manejar el problema.

- **Centrarse en las emociones y liberarlas:** Ocurre cuando el individuo se focaliza en las consecuencias emocionales desagradables; expresando abiertamente dichas emociones que en ocasiones puede afectar a otra persona víctima de la crítica o maltrato.

#### **D. Evitación (EVT)**

La evitación de la situación que provoca ansiedad es una de las respuestas más comunes para intentar regularla. Es más fácil de ejercer frente a estímulos exteriores o ambientales que ante estímulos internos o de valoración social.

- Control afectivo: son aquellos esfuerzos realizados para controlar la emoción.
- Aceptación con resignación: son estrategias que consisten en aceptar la situación tal y como es, decidiendo que nada puede hacerse para modificarla.
- Descarga emocional: esta sub-dimensión incluye distintas acciones que parecen indicar un fracaso en la regulación afectiva, manifestándose como llanto, acciones impulsivas, como fumar. Las cuales se exteriorizan de manera intensa.

#### **E. Búsqueda de apoyo social (BAS)**

Los recursos "sociales" se refieren a los procesos de interacción social real que se producen y al entorno social que rodea los encuentros interactivos<sup>17</sup>. Los recursos sociales incluyen también las características de los sistemas de apoyo social, que parecen ser cruciales para el afrontamiento del estrés. Incluyen ingresos adecuados, residencia adecuada, satisfacción con el empleo, y la red de apoyo social disponible para el sujeto.

Consiste en la búsqueda de apoyo moral, empatía y comprensión en las demás personas, con la finalidad de disminuir la reacción emocional

negativa. Significa buscar en las otras personas consejo, asistencia, información y orientación con el fin de solucionar el problema.

#### **F. Religión (RLG)**

La religión es el culto a una fe, la devoción por todo lo que se considera sagrado. Se trata de un culto que acerca al hombre a las entidades a las que se les atribuyen poderes sobrenaturales. Es una creencia donde las personas buscan un contacto o conexión con lo divino y sobrenatural, y también la satisfacción en las prácticas religiosas o en la fe para superar el sufrimiento y alcanzar la felicidad. El término viene del latín religare o re-legere, que significa religar o volver a conectar, en este caso con Dios, algo divino o algo superior, o también religioso o escrupuloso, por tanto, el que no se comporta a la ligera, sino cuidadosamente con lo que cree.

Expresada a través del rezo y la oración dirigido a tolerar o solucionar el problema o las emociones que se generan ante el problema para afrontar la situación.

- **Acudir a la religión:** Es la tendencia a volcarse en la religión en situaciones de estrés con la intención de reducir la tensión existente<sup>18</sup>.

#### **2.2.5. AFRONTAMIENTO FAMILIAR**

Siendo la familia quien acompaña durante la hospitalización en la unidad de cuidado intensivo esto genera un proceso enriquecedor donde el apoyo familiar se convierte en un factor clave para la recuperación del paciente, siendo esto una forma de contribuir al mejoramiento de su pariente.

El afrontamiento de la familia es la capacidad que tiene para movilizarse y poner en acción medidas que actúen sobre las exigencias que demandan cambios, pudiendo ser positivo cuando se asumen actitudes y comportamientos favorables a la salud, tales como cambios de comportamientos, de hábitos, ajuste de roles, flexibilización de las normas y solicitud de apoyo comunitario o profesional cuando este sea necesario, o

negativo cuando la familia se aísla o es aislada de proceso hospitalario o despliega conductas inefectivas frente a la situación.

“Hay familias en las cuales se desarrollan mecanismos de barrera frente a la ayuda especializada, se desestima el valor de criterio profesional, se niega el diagnóstico y se evade enfrentar las acciones propias de determinado tratamiento”<sup>22</sup>.

#### **2.2.6. LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

La unidad de cuidados intensivos es un servicio sumamente especializado ya que los pacientes que allí se atienden padecen enfermedades graves que deben atenderse con capacidad y prontitud, así como con todo lo necesario para atender toda clase de padecimientos.

La importancia de la terapia intensiva es central si tenemos en cuenta que este es el espacio en el cual los enfermos o pacientes más delicados deben ser atendidos por profesionales de la salud, de manera constante a fin de evitar cualquier tipo de sobresalto o cambio abrupto en el estado de su salud. En ella, enfermeros están al permanente cuidado de los pacientes y son constantes también las visitas de médicos y otros profesionales.

#### **2.2.7. LA ENFERMERA INTENSIVISTA Y SU ROL EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS**

“El profesional de enfermería que se dedica al cuidado de pacientes críticos, independientemente del diagnóstico o cuadro clínico, mediante un abordaje que se asegura el reconocimiento y apreciación total, la integralidad y la relación con el medio”<sup>23</sup>.

El conocimiento científico está basado en el proceso de enfermería como método de trabajo que debe considerar la enfermera durante su práctica profesional al desarrollar sus competencias como son: cuidar (asistencial), gerencia, investigar, y la docencia.

Al ejecutar la competencia del CUIDAR al paciente que está hospitalizado en la UCI, la enfermera tiene la oportunidad de realizar la valoración tanto subjetiva (en el caso de los pacientes que están conscientes) como objetiva a través del examen físico lo cual le permite identificar diagnósticos de enfermería tanto reales como de riesgos así como también problemas colaborativos donde estos últimos van a ser solucionados en conjunto con el resto del equipo de salud. Esto le ofrece la oportunidad a la enfermera de elaborar y ejecutar planes de cuidado en función de prioridades para luego evaluar estos cuidados a través de la respuesta del paciente y poder facilitar el proceso de adaptación y afrontamiento<sup>24</sup>.

Asimismo, la enfermera intensivista al desempeñar la competencia del GERENCIAR debe ser capaz de administrar el cuidado que le va a proporcionar al paciente en estado crítico, estableciendo prioridades en cada una de sus actuaciones; planificando, organizando, ejecutando y evaluando este cuidado.

Unido a las competencias anteriores, la enfermera intensivista debe reconocer la importancia de la INVESTIGACION en las unidades de cuidados intensivos. Una de las alternativas que tiene la enfermera que cuida al paciente crítico son los estudios de casos, a través de los cuales la enfermera puede desarrollar la competencia de investigar como una de las más fundamentales en la práctica profesional.

La acogida de enfermería de la familia permite un contacto rápido con la finalidad de canalizar y contener las inquietudes, la angustia y la incertidumbre que pueden aparecer en el entorno familiar en relación con la situación del ingreso.

## **2.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINO**

**Estrategias de afrontamiento:** Son los esfuerzos que realiza la familia, para hacer frente al estrés que le genera la hospitalización de un pariente adulto en

la unidad de cuidados intensivos, estrés que puede ser generado por la situación de incertidumbre frente a la situación de salud de su familiar, las normas y demandas internas y ambientales de la institución de salud, los conflictos entre familiares, y toda aquella circunstancia que excede los recursos que posee la persona para mantenerse sereno y tranquilo, tomar decisiones y colaborar más eficazmente con el equipo de salud.

**Familia:** Es toda persona que tiene un grado de consanguinidad directa y se encuentra como responsable del cuidado de su pariente adulto hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos, en el momento de la aplicación del instrumento de investigación.

**Unidad de cuidados intensivos:** Es el área en donde se encuentran hospitalizados los pacientes, por una patología que haya alcanzado un nivel de severidad que suponga un peligro vital, actual o potencial, susceptible de recuperabilidad.

## **2.4. PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS**

Las hipótesis formuladas para el siguiente estudio son:

H1: Las familias tienen un nivel medio de uso de estrategias de afrontamiento ante el estrés por la hospitalización de su pariente adulto.

H0: No existen diferencias en la utilización de las diversas estrategias de afrontamiento por familiares que tienen un pariente adulto hospitalizado.



## **CAPITULO III**

### **METODOLOGIA**

#### **3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION**

El presente estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal, ya que nos permitirá presentar los hallazgos tal y como se obtuvieron en un tiempo y espacio determinado.

#### **3.2. LUGAR DE ESTUDIO**

El Área de estudio es el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen perteneciente al sistema de seguridad Social de nuestro país ES SALUD, Ubicado En la Av. Grau 800 - La Victoria Pabellón 3 A-Oeste Lima – Perú. Considerado un Hospital de cuarto nivel de atención, es decir cuenta con todas las especialidades médicas, así mismo los profesionales que laboran en esta institución son seleccionados y de amplia experiencia, se llevan a cabo las cirugías más complejas como trasplantes de órganos, cirugías cardiovasculares, etc. Además, posee una moderna infraestructura física de 6 pisos y la más alta capacidad de camas hospitalarias más de 1600.

El hospital cuenta con unidades de Cuidados Intensivos Especializados, Unidad de Cuidados Generales. En el segundo piso se encuentra la Unidad de Cuidados Intensivos Generales, siendo la atención de 2 pacientes asignadas a cada enfermera, de un total de 21 camas. En esta unidad la participación de la familia con su pariente es mínima debido al poco tiempo de permanencia ya que solo puede estar acompañando a su pariente en el horario de visita que solo es una vez al día en las tardes con un horario establecido.

El resto de tiempo el familiar permanece en los pasillos a la espera de noticias y la necesidad de compra de algún material o medicamento con el que la institución no cuente en ese momento.

### **3.3. POBLACION DE ESTUDIO**

La población estuvo conformada por los familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos ingresantes al 2do piso del área de UCI en el lapso de un mes, siendo el promedio de pacientes 50 al mes, y considerando a un familiar por paciente, la población quedó conformada en 50 familiares.

### **3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS**

Familiares de los pacientes adultos hospitalizados en la UCI.

### **3.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **3.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Familiares del paciente adulto hospitalizado en la UCI con un grado de consanguinidad directa (papá, mamá e hijos) o segundo grado de afinidad (esposo, esposa o conviviente).
- Familiares de pacientes hospitalizados que permanecieron en la UCI al menos 24 horas.
- Familiares mayores de 18 años de ambos sexos.
- Familiares de pacientes hospitalizados que permanecieron en forma continuada en la sala de espera.

#### **3.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSION**

- Familiares que sean quechuahablantes.
- Familiares adultos mayores de 70 años.
- Familiares que no deseen participar en el estudio.
- Familiares con dificultades mentales.

### **3.6. TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

En el presente trabajo se aplicó la técnica de la encuesta y como instrumento el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento Familiar, el cual es una

adaptación del Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (aceptada en España en 2002), para fines de la presente investigación, este ha sido modificado y validado en función de las características del presente estudio. El instrumento está diseñado para evaluar las dimensiones búsqueda en la solución del problema, auto focalización negativa; apoyo social, expresión emocional abierta, evitación, reevaluación positiva y religión.

La validez del instrumento se efectuó a través de 9 juicios de expertos, se siguió las recomendaciones, se realizó la tabla de concordancia para la prueba binomial donde  $p < 0.04$  siendo la concordancia significativa (ANEXO C).

Para determinar la confiabilidad del instrumento se aplicó una prueba piloto a 6 familiares y se utilizó la fórmula del coeficiente Alfa de Crombach obteniéndose un  $\alpha = 0.6$  (ANEXO D)

La escala está conformada por 18 ítems agrupados en tres dimensiones, con una calificación Likert de cinco puntos, que varía desde 1= nunca, hasta 5 = casi siempre; cada ítem es una frase corta acerca de cómo un familiar responde cuando experimenta la hospitalización de su pariente en la UCI.

Para la recolección de datos se realizó los trámites administrativos para la autorización en el área de la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia de la Red Asistencial Almenara, llevándose a cabo luego de ello las coordinaciones con la enfermera jefe del servicio de UCI para la aplicación del instrumento, el cual consta de 18 ítems. La recolección de datos se realizó en el horario de visita por la tarde, siendo el tiempo promedio máximo 15 minutos por cada encuesta.

### **3.7. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACION**

Luego de la recolección de datos, estos fueron procesados mediante el uso del paquete estadístico de Excel previa elaboración de la tabla de códigos y tabla

matriz, a fin de que los resultados fueran presentados en tablas y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación considerando el marco teórico.

Para la medición de la variable de estudio se aplicó la Escala de Stanones valorando las estrategias de afrontamiento familiar como favorable, parcialmente favorable y desfavorable (ANEXO E)

Para la variable Estrategias de Afrontamiento Familiar y sus dimensiones consideradas en el estudio las puntuaciones para cada una de las respuestas fueron calificadas mediante las siguientes categorías:

Nunca	1 punto
Casi nunca	2 puntos
Algunas veces	3 puntos
Casi siempre	4 puntos
Siempre.	5 puntos

## CATEGORIZACION

DIMENSIONES	FAVORABLE	PARCIALMENTE FAVORABLE	DESFAVORABLE
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR	90 - 62	61 - 50	49 - 18

## CATEGORIZACION DE LAS DIMENSIONES

DIMENSIONES	INDICADORES	SUB INDICADORES	ALTO	MEDIO	BAJO
ESTRATEGIAS COGNITIVAS	Búsqueda en la solución del problema	Requerimiento de información y asesoramiento (Ítems :1,6,12)	30 - 22	21 - 17	16 - 6

	Auto focalización negativa (Ítems :2,13,16)	Negación resignación			
ESTRATEGIAS AFECTIVAS	Apoyo social (Ítems :4,8,14)	Recursos sociales	30 - 18	17 - 10	9 - 6
	Evitación (Ítems :3,11,18)	Aceptación con resignación Descarga emocional			
ESTRATEGIAS CONDUCTUALES	Reevaluación positiva (Ítems :7,10,17)	Análisis lógico Redefinición cognitiva	30 - 26	25 - 20	19 - 6
	Religión (Ítems :5,9,15)	Acudir a la religión			

### 3.8. CONSIDERACIONES ETICAS

La investigación se desarrolló con el total respeto a las normas establecidas como parte de los lineamientos éticos respetando las normas institucionales del lugar donde se realizó la investigación motivo por el cual se solicitó el permiso correspondiente para el desarrollo de la investigación haciendo de conocimiento a la comisión respectiva sobre los fines de la investigación.

Por otro lado, en la investigación se respetó la dignidad humana de las personas participantes, este principio comprende el derecho a la autodeterminación y al conocimiento irrestricto de la información. El principio de autodeterminación significa que los participantes de la investigación tienen el derecho de decidir voluntariamente si participan o no en un estudio, sin el riesgo de exponer a represalias o a un trato prejuiciado. También significa que los sujetos gozaron del derecho a dar por terminada su participación en cualquier momento, de rehusarse a dar información o de exigir que se les expliquen el propósito del estudio o los procedimientos específicos, lo cual se tomó en cuenta en la investigación haciendo de conocimiento de los familiares participantes los objetivos de la investigación previa a su participación, además, se respetó el derecho de privacidad por cuanto los datos recolectados fueron anónimos asegurando que su uso será exclusivo para fines de investigación.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSION

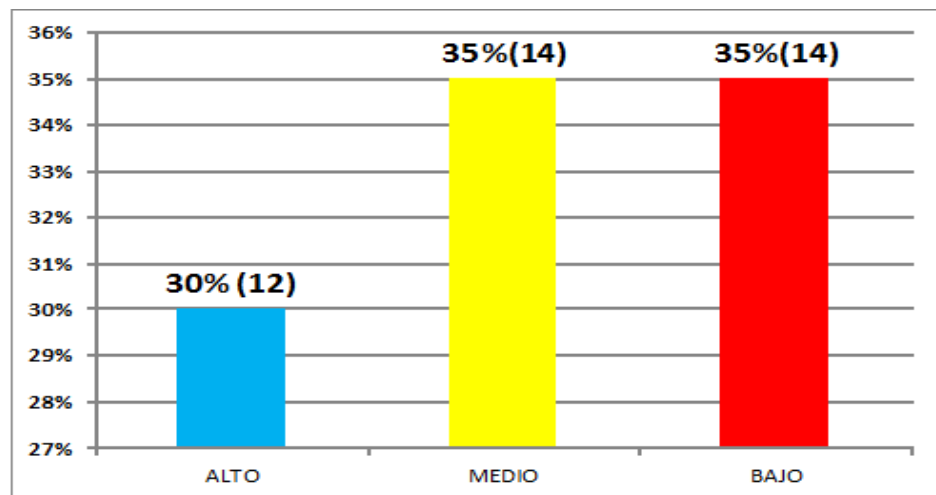
#### 4.1. RESULTADOS

Luego de recolectado los datos, estos fueron procesados y presentados en gráficos a fin de realizar el análisis e interpretación respectivo de acuerdo al marco teórico.

En cuanto a los datos generales de la población se encuentran en los anexos, en donde se puede observar que la mayoría de pacientes son adultos intermedios y tienen entre 25 y 54 años, así mismo la mayoría está constituido por familias de sexo masculino y son hijos(as) de los pacientes adultos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos. (Ver anexos: I-J-K-L)

#### GRAFICO N°1

#### ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE LA FAMILIA ANTE LA HOSPITALIZACION DE UN PARIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HNGAI LIMA - 2016

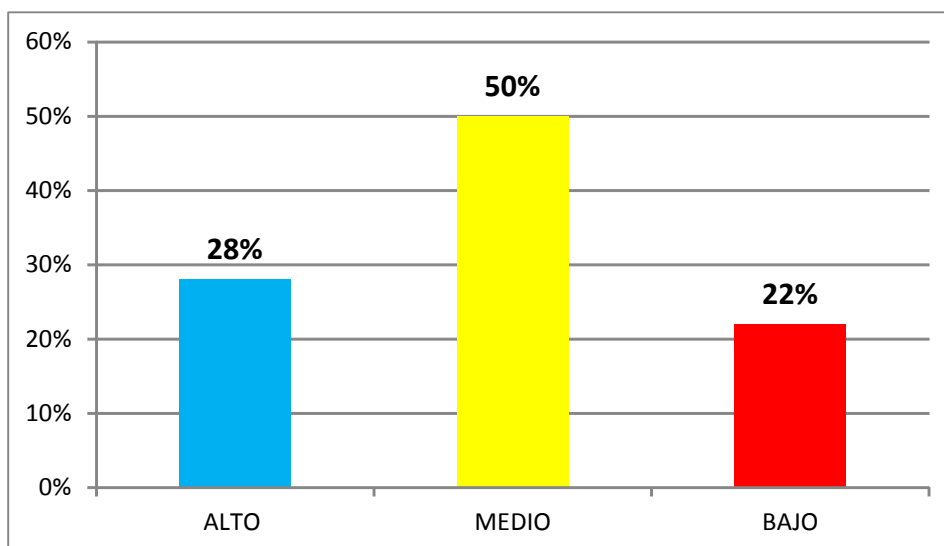


*FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A FAMILIARES DE LA UCI DEL HNGAI-2015.*

Respecto al nivel de estrategia de afrontamiento familiar, podemos observar en el Gráfico N° 1 que del 100% (40) familias entrevistadas; 35% (14) familias tienen un nivel de afrontamiento familiar medio ante la hospitalización de un paciente adulto en la Unidad de cuidados intensivos, mientras que 35% (14) familias tienen un nivel de afrontamiento bajo y 30% (12) familias tienen un nivel de afrontamiento familiar alto.

## GRAFICO N°2

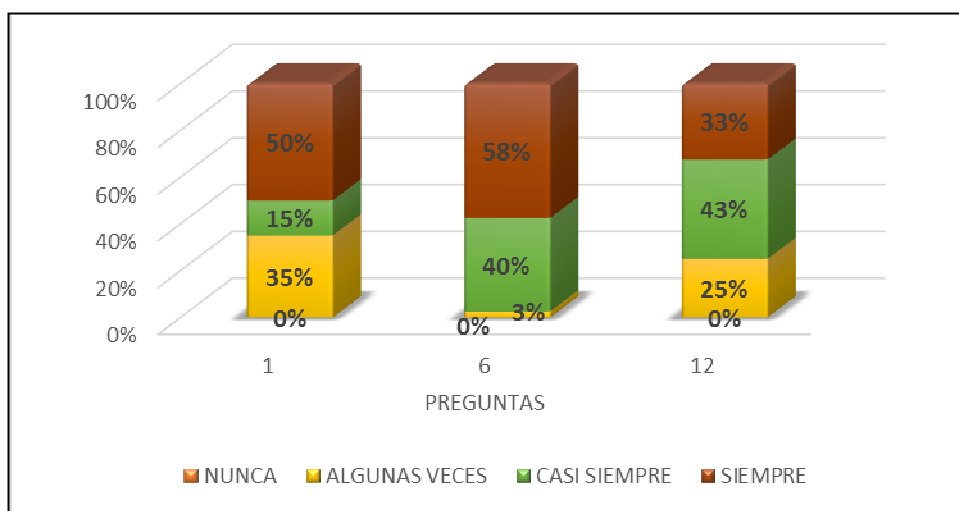
### ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO COGNITIVO UTILIZADAS POR LA FAMILIA, ANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE UN PARIENTE ADULTO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HNGAI LIMA - 2016



*FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A FAMILIARES DE LA UCI DEL HNGAI-2015.*

Respecto de las **ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO COGNITIVO (Búsqueda de la Solución al Problema y Autofocalización Negativa)**, como estrategia de afrontamiento familiar, observamos en el Grafico N° 2 que; del 100% (40) familias; 50% (20) tienen un nivel de afrontamiento familiar medio, 28% (11) tienen un nivel de afrontamiento familiar alto y 22% (9) tienen un nivel de afrontamiento familiar bajo.

**GRAFICO N°3**  
**INDICADORES DE BÚSQUEDA DE SOLUCIÓN DEL PROBLEMA COMO**  
**ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO DE LA FAMILIA, ANTE LA**  
**HOSPITALIZACIÓN DE UN PARIENTE ADULTO EN LA**  
**UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HNGAI**  
**LIMA - 2016**



*FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A FAMILIARES DE LA UCI DEL HNGAI-2015.*

Respecto a los indicadores de la **Dimensión Búsqueda de Solución del Problema** (requerimiento de información y asesoramiento), observamos en el Grafico N° 3 que; del 100% (40) familias; en el indicador 1 “Sabiedo que mi familiar está hospitalizado en UCI, intenté de analizar el problema para poder hacerle frente”, la mayoría 50% de familias siempre uso esta estrategia, seguida de un 35% que la uso algunas veces; en el indicador 6 “Trato de organizar, planificar mi tiempo para visitar a mi familiar hospitalizado”, 58% la usaron seguida del 40% que la uso casi siempre; en el indicador 12 “Hablo con el personal de salud para ayudar en la recuperación de mi familiar”, 43% la uso casi siempre y 33% la uso siempre.

Respecto a los indicadores de la **Autofocalización Negativa** (Negación resignación), observamos en el Grafico N° 4 que; del 100% (40) familias; en el indicador 2 “Me convencí de que haga lo que haga por mí mismo(a) no puedo ayudar en la recuperación de mi familiar”, la mayoría 50% de familias nunca

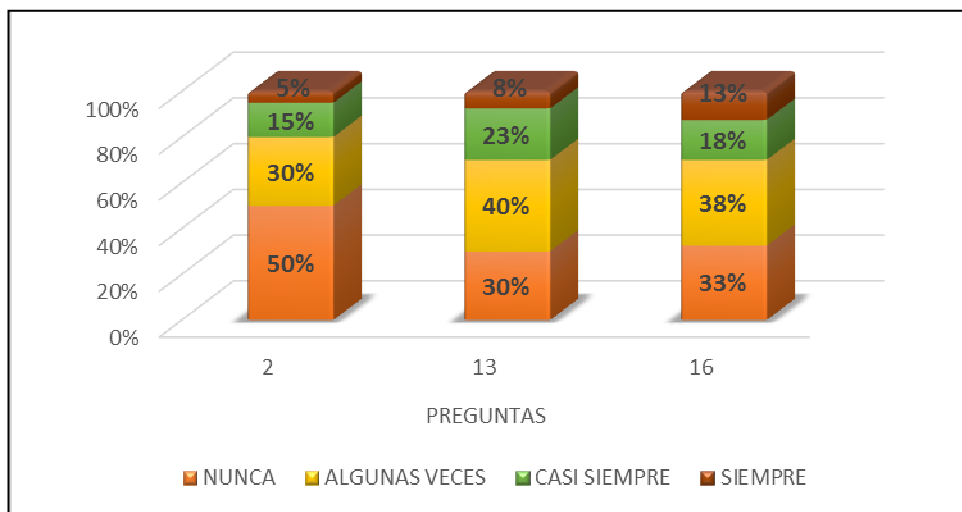


uso esta estrategia, seguida de un 30% que la uso algunas veces; en el indicador 13 “Me siento indefenso(a) e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación”, 40% la usaron algunas veces, seguida del 30% que nunca la uso; en el indicador 16 “Me resigno a aceptar las cosas como son”, 38% la uso algunas veces y 33% la uso siempre.

#### GRAFICO N°4

#### INDICADORES DE AUTOFOCALIZACIÓN NEGATIVA COMO ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO DE LA FAMILIA, ANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE UN PARIENTE ADULTO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HNGAI

LIMA - 2016



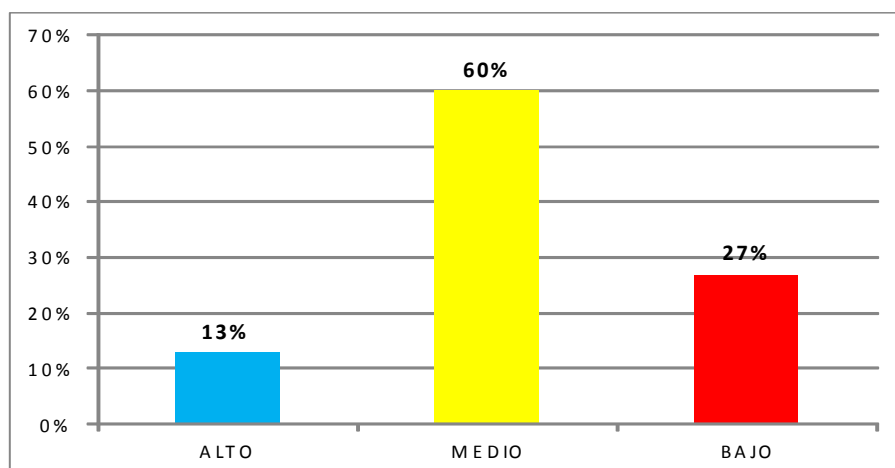
FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A FAMILIARES DE LA UCI DEL HNGAI-2015.

Respecto **ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AFECTIVO (Búsqueda de Asistencia Social y Evitamiento)**, observamos en el Gráfico N° 5 que del 100% (40); 60% (24) tienen un nivel de afrontamiento familiar medio, 27% (11) tienen un nivel de afrontamiento familiar bajo y 13% (5) tienen un nivel de afrontamiento familiar alto.

### GRAFICO N°5

#### ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AFECTIVO UTILIZADAS POR LA FAMILIA, ANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE UN PARIENTE ADULTO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HNGAI

LIMA - 2016

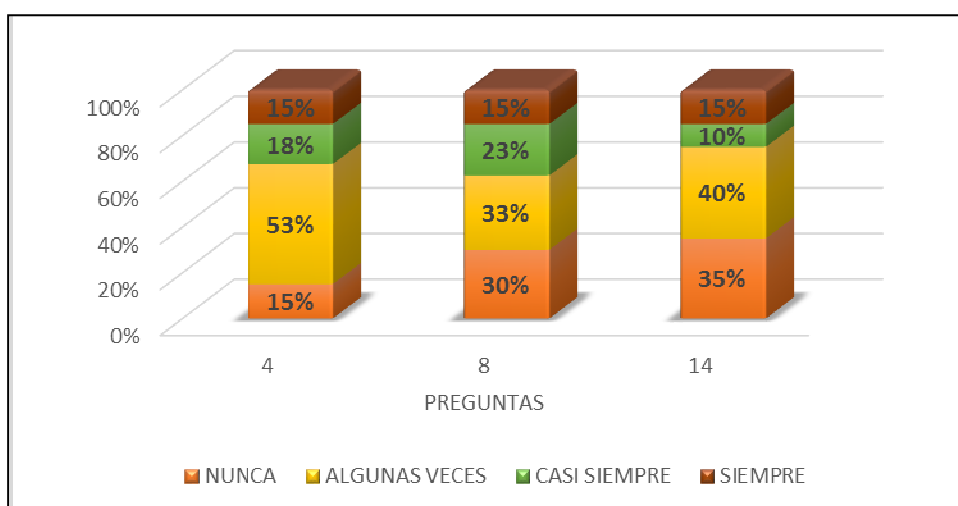


FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A FAMILIARES DE LA UCI DEL HNGAI-2015.

### GRAFICO N°6

#### INDICADORES DE BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL COMO ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO DE LA FAMILIA, ANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE UN PARIENTE ADULTO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HNGAI

LIMA - 2016



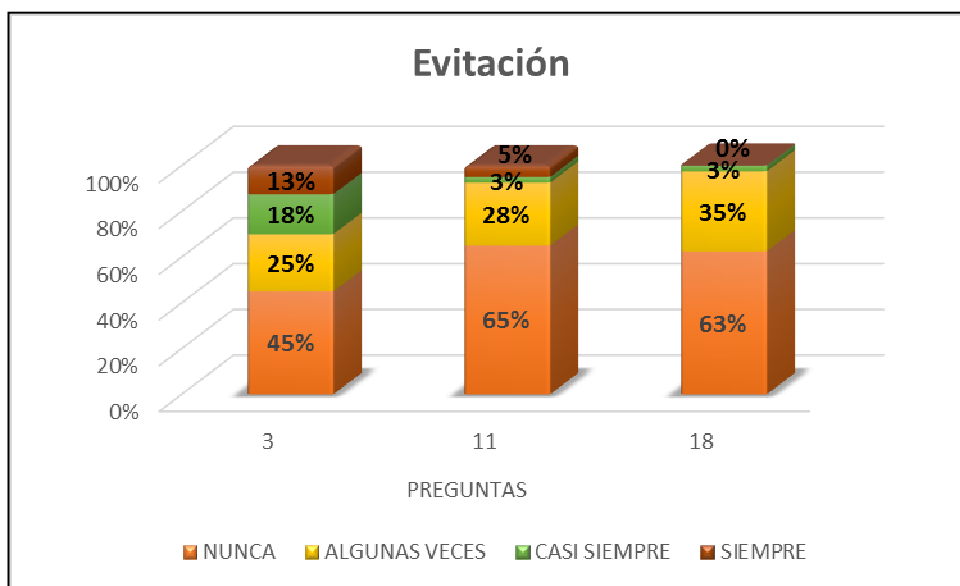
FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A FAMILIARES DE LA UCI DEL HNGAI-2015.

Respecto a los indicadores de la **Búsqueda de Apoyo Social** (Recursos sociales), observamos en el Grafico N° 6 que; del 100% (40) familias; en el indicador 4 “Le cuento a familiares o amigos como me siento”, la mayoría 53% de familias algunas veces uso esta estrategia, seguida de un 15% que nunca la uso; en el indicador 8 “Pido consejo a un pariente o amigo para afrontar mejor la hospitalización de mi familiar en la UC”, 33% la uso algunas veces, seguida del 30% que nunca la uso; en el indicador 14 “Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal”, 40% la uso algunas veces y 35% nunca la uso.

### GRAFICO N°7

#### INDICADORES DE LA EVITACION COMO ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO DE LA FAMILIA, ANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE UN PARIENTE ADULTO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HNGAI

LIMA - 2016



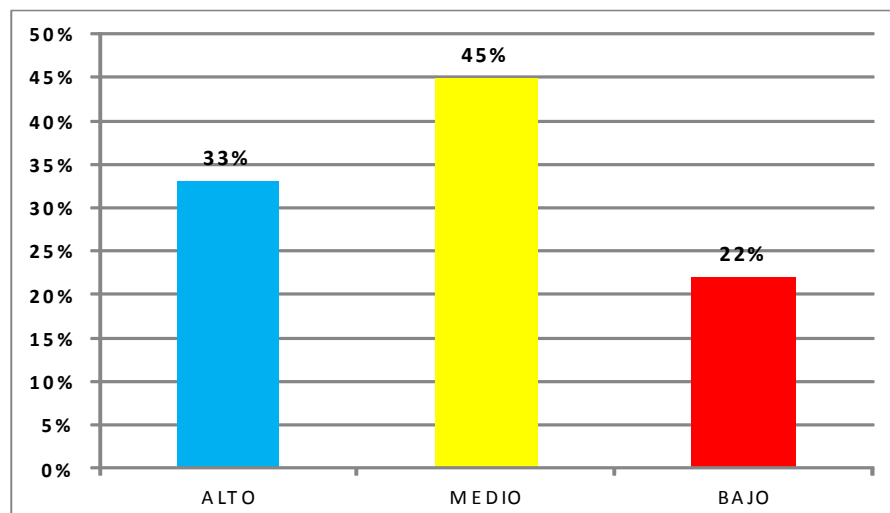
FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A FAMILIARES DE LA UCI DEL HNGAI-2015.

Respecto a los indicadores de la **Evitación** (Aceptación con resignación - Descarga emocional), observamos en el Grafico N° 7 que; del 100% (40)

familias; en el indicador 3 “Cuando me viene a la cabeza que mi familiar está hospitalizado, trato de pensar en mi trabajo o en otra actividad para olvidarme”, el 45 % de familias nunca uso esta estrategia, seguida de un 25% que la uso algunas veces; en el indicador 11 “Salgo al cine, a cenar, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema”, la mayoría 65 % nunca la uso, seguida del 28% que la uso algunas veces; en el indicador 18 “Intento olvidarme de todo”, la mayoría 63% nunca la uso y 35% la uso algunas veces.

### GRAFICO N°8

#### ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO CONDUCTUAL UTILIZADAS POR LA FAMILIA ANTE LA HOSPITALIZACION DE UN PARIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HNGAI LIMA - 2016



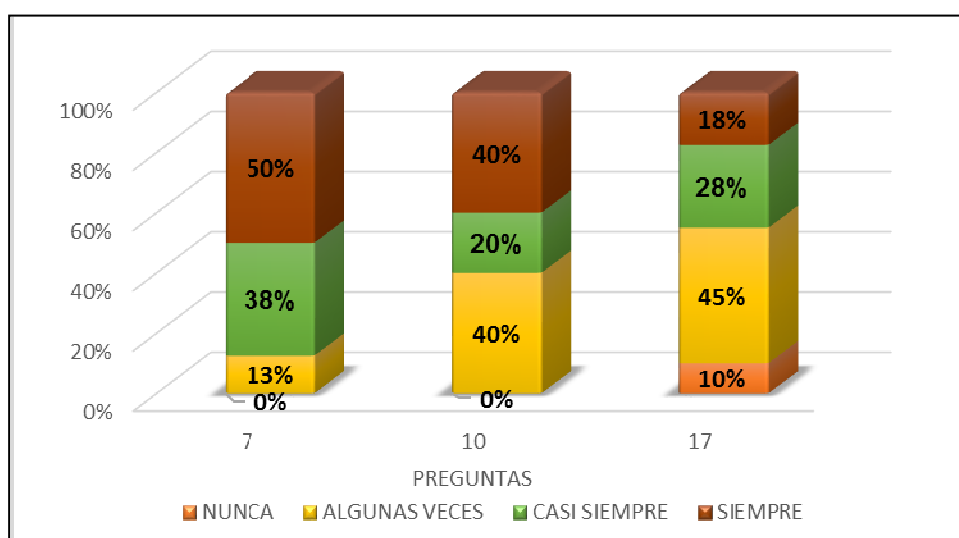
FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A FAMILIARES DE LA UCI DEL HNGAI-2015.

Respecto de las **ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO CONDUCTUAL (Reevaluación Positiva y Religión)** utilizadas por la familia, observamos en el Gráfico N° 8 tenemos que, del 100% (40); 45% (18) tienen un nivel de afrontamiento familiar medio, 33% (13) tienen un nivel de afrontamiento familiar alto y 22% (9) tienen un nivel de afrontamiento familiar bajo.

## GRAFICO N°9

### INDICADORES DE LA REEVALUACION POSITIVA COMO ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO DE LA FAMILIA, ANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE UN PARIENTE ADULTO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HNGAI

LIMA - 2016



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A FAMILIARES DE LA UCI DEL HNGAI-2015.

Respecto a los indicadores de la **Reevaluación Positiva** (Análisis lógico Redefinición cognitiva), observamos en el Grafico N° 9 que; del 100% (40) familias; en el indicador 7 “Intento sacar algo positivo sobre la hospitalización de mi familiar en la UCI”, el 50 % de familias siempre uso esta estrategia, seguida de un 38% que la uso casi siempre; en el indicador 10 “Me doy cuenta que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás.”, el 40 % la uso algunas veces, seguida del 40% que siempre la uso; en el indicador 17 “Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor”, el 45% la uso algunas veces y 28% la uso casi siempre.

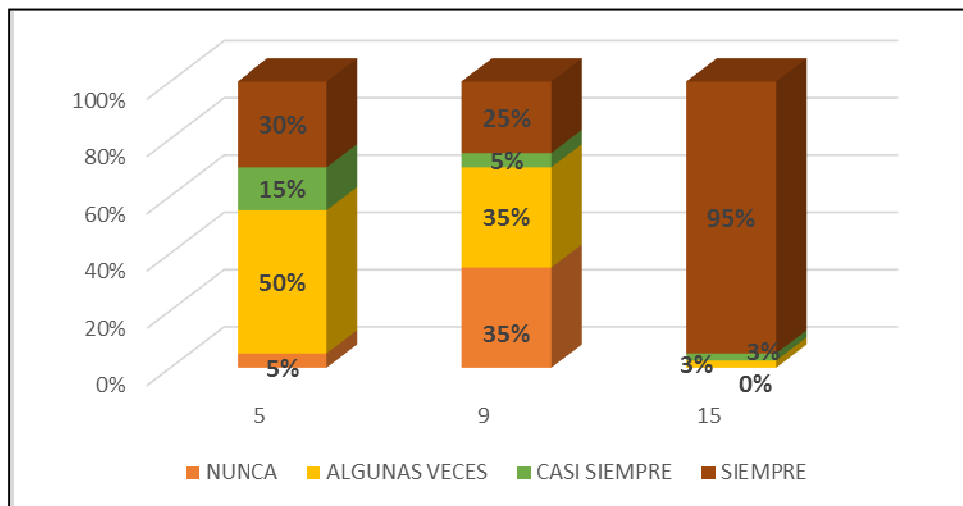
Respecto a los indicadores de la **Religión** (Acudir a la religión), observamos en el Grafico N° 10 que; del 100% (40) familias; en el indicador 5 “Asisto a la iglesia para pedir que mi familiar se recupere”, el 50 % de familias uso algunas

veces esta estrategia, seguida de un 30% que la uso siempre; en el indicador 9 “Pido ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)”, el 35 % nunca la uso y otro 35% la uso algunas veces; en el indicador 15 “Tengo fe en que Dios sanara a mi familiar”, el 95% uso siempre esta estrategia.

## GRAFICO N°10

### INDICADORES DE LA RELIGION COMO ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO DE LA FAMILIA, ANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE UN PARIENTE ADULTO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HNGAI

LIMA - 2016



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A FAMILIARES DE LA UCI DEL HNGAI-2015.

## 4.2. DISCUSION

Las estrategias de afrontamiento hacen referencia a los esfuerzos, mediante conductas que son manifestadas o se interiorizan, para hacer frente a las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que exceden los recursos de la persona.

Estos procesos entran en funcionamiento en todos aquellos casos en que se desequilibra la transacción individuo-ambiente. El enfoque de familia como un sistema da cuenta de que cuando la familia tiene un familiar hospitalizado en una servicio crítico como es la unidad de cuidados intensivos, presenta un desequilibrio entrando en crisis de diferente nivel, dependiendo de su personalidad, ansiedad rasgo y recursos internos y externos con los que cuente ya que hay un distanciamiento y una incertidumbre sobre el pronóstico del paciente hospitalizado.

De los datos que se presenta en la presente investigación se ha podido identificar que tienen en general un nivel de afrontamiento familiar medio 35% y bajo 35% y en un porcentaje mínimo el nivel alto 30%, esto demuestra que en su mayoría las familias no hacen un uso adecuado de las estrategias de afrontamiento al estrés, por diversos motivos que también ameritan estudiar más adelante. Ante tal situación la familia necesita, que el personal de enfermería brinde programas educativos para los familiares ya que ellos necesitan no solo conocer las estrategias que existen, sino también saber usarlas de manera efectiva, pues estas les van a servir para poder afrontar esta situación de estrés frente a la hospitalización de un pariente adulto mayor, de manera tal que su contribución con el equipo de salud y su familiar sea más efectiva y con menos desgaste emocional para ellos mismos.

Estos resultados obtenidos discrepan con los hallazgos de obtenidos, de JIMENEZ, Vivian; ZAPATA, Lina y DIAZ, Leticia (2010), que en su investigación realizado en Colombia, concluye que existe un alto nivel de la capacidad de afrontamiento y adaptación al obtener un puntaje de 85,2% y baja con un puntaje 14.8%. Asimismo AGUDELO, Claudia (2010) en si investigación realizada también en Colombia, concluye que la presencia de la familia de los pacientes de la UCI se debe considerar como un cuidado esencial, que mejora la calidad de la atención que se proporciona y contribuye a su bienestar general; además se debe de identificar los mecanismos de afrontamiento empleadas por los familiares con el fin de fortalecer las ya existentes y sugerir otras que contribuyan a una mejor adaptación por parte de la familia. Como se

evidencia en los datos presentados en los estudios realizados, existe un alto nivel de afrontamiento y es importante para el profesional de enfermería brindar cuidados a la familia, ya que ayuda a mejorar sus estrategias de afrontamiento. Situación que los resultados de la presente investigación hacen más emergente la participación de la enfermera para preparar a las familias para un efectivo enfrentamiento de la situación derivada de la hospitalización de su familiar y a la vez para una mejor contribución de la misma.

La familia por tanto requiere del uso de alguno de los tres tipos de estrategias de afrontamiento, siendo el primero el afrontamiento cognitivo el cual está caracterizado por buscar un significado al suceso, la familia se centra en hacer frente a la situación, buscando soluciones al problema, estas pueden ser positiva o negativas; hay una búsqueda deliberada de solución del problema, de recomposición del equilibrio, el cual está en desequilibrio por la presencia de la situación estresante. En la investigación realizada se puede evidenciar que en las familias existe un nivel medio en el uso de estrategias de la **dimensión cognitiva** encontrándose aquí que respecto a la búsqueda de solución del problema las familias suelen usar según prelación, en su mayoría como siempre la organización del tiempo para visitar al familiar hospitalizado, seguido del análisis del problema para hacerle frente casi siempre hablar con el personal de salud para ayudar a la recuperación de su familiar. En relación a la autofocalización negativa (negación-resignación), se puede decir que una proporción considerable de familiares ante la hospitalización de su pariente adulto nunca se convencieron de que no podrían ayudar en la recuperación de su familiar, no se sintieron incapaces ni mostraron una actitud derrotista, tampoco se sintieron indefensos lo cual es bueno porque esta actitud los motiva a conversar con el personal de salud para saber en qué pueden ayudar.

La segunda el afrontamiento afectivo, en el cual se hacen evidentes las respuestas psicológicas o expresiones verbales de gustos y disgustos, esto lleva a los familiares a enfrentarse consigo mismo y con sus sentimientos; centrarse en mantener el equilibrio afectivo, o aminorar el impacto emocional de la situación estresante, buscando un apoyo o evitando la nueva situación.



En la presente investigación se ha evidenciado que el afrontamiento en esta **dimensión afectiva** es de un nivel medio esto quiere decir que las familias buscan más el apoyo social de su entorno, contando como se sienten a sus familiares y amigos, en poca medida usaron el pedir consejos o buscar tranquilizarse cuando se sienten mal hablando con sus familias. Asimismo evitan alejarse del paciente hospitalizado, aunque en algunos se le cruzo por la mente en algún momento, no lo llevaron a la práctica, lo cual es bueno porque demuestra la afinidad y alianza emocional con el paciente y el sentido de responsabilidad frente a su cuidado.

El tercer afrontamiento es de tipo conductual, en el cual a la persona le corresponde enfrentar la situación estresante de forma directa, a través de un proceso que optimice el resultado, o bien no reaccionar de ninguna manera, ni empleando ninguna estrategia de las anteriores. Al respecto en la presente investigación el nivel de uso de estas estrategias de afrontamiento de los familiares respecto de la **dimensión conductual** tiene un predominio de nivel medio, seguido de un nivel alto. La estrategia reevaluación positiva como estrategia de afrontamiento conductual se evidenció mayormente en intentar sacar algo positivo a modo de lección aprendida sobre la hospitalización de mi familiar en la UCI, seguido de darse cuenta que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás, así como comprobar que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor. Por el lado de la estrategia acudir a la religión, la gran mayoría mantuvo su fe en Dios y en que este sanaría a su familiar, mientras que la mitad de las familias asistieron a misa a pedir por la recuperación de su familiar, lo que demuestra que los familiares están bastante apegados a la religión

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1. CONCLUSIONES**

La mayoría de familias tiene un nivel medio a bajo en el nivel de uso de estrategias de afrontamiento para disminuir su estrés ante la hospitalización de su pariente en la unidad de cuidados intensivos del HNGAI. Lo cual prueba la hipótesis nula.

Las familias tienen un nivel medio de uso de estrategias cognitivas de afrontamiento al estrés ante la hospitalización de su pariente adulto en la UCI, primando la organización del tiempo para visitar al familiar hospitalizado, el análisis del problema para hablar con el personal de salud como ayudar a la recuperación de su familiar.

Las familias tienen un nivel medio de uso de estrategias afectivas de afrontamiento al estrés ante la hospitalización de su pariente adulto en la UCI, buscando hablar en su entorno más cerca sobre sus sentimientos y evitando alejarse de su pariente hospitalizado.

Las familias tienen un nivel medio con tendencia a nivel alto en el uso de estrategias conductuales de afrontamiento al estrés ante la hospitalización de su pariente adulto en la UCI, buscando sacar algo positivo de la experiencia y aferrándose a la fe religiosa.

#### **5.2. LIMITACIONES**

- Las conclusiones del presente estudio son válidas para entidades privadas no permitiéndose generalizar para otra población, pues solo son válidas para la población de estudio.

### **5.3. RECOMENDACIONES**

Las recomendaciones derivadas del presente estudio son:

- Que el departamento de Enfermería realice programas de capacitación para el personal de enfermería acerca de como ayudar a los familiares a utilizar de manera efectiva las estrategias de afrontamiento.
- Que el departamento de Enfermería realice programas de educativos dirigidos a los familiares para que utilicen de manera efectiva las estrategias de afrontamiento.
- Realizar estudios similares de tipo comparativo con otras instituciones de salud como las del estado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. PARDAVILA BELIO, M. ;VIVAR, C.G. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos: revisión de la literatura. Enfermería Intensiva. 2012;23(2):51-67. Disponible en URL <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-necesidades-familia-las-unidades-cuidados-S1130239911000460> [Consultado 12 de agosto 2015]
2. LEIVA, VM. Aspectos vivenciales del paciente durante su estadía en la Unidad de Cuidados Intensivos. Rev Chil Med Inten. 2010;25(4):199-203. Disponible en URL <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n3/v33n3a06.pdf> [Consultado 12 de agosto 2015]
3. MEJIAS, M. Interacción del personal de Enfermería con los familiares del paciente politraumatizado y su relación con el nivel de estrés de los familiares. Revista Electrónica de Portales. Medicos.com. 2010. Disponible en URL: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones> [Consultado 04 de octubre 2014]
4. SILES, E. Cuidado enfermera a la familia del paciente hospitalizado en el servicio de cirugía. URL: Universidad Nacional de Córdoba. España; 2010. Disponible en URL: [http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/siles\\_estela.pdf](http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/siles_estela.pdf) [Consultado 04 de octubre 2014]
5. JIMENEZ, V.; ZAPATA, L.; DIAZ, L. Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo Disponible en URL <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2407/html> [Consultado 02 de diciembre 2014]
6. MONTES, S. Intervención de enfermería ante la crisis situacional percibida por los familiares con pacientes críticos según el modelo Jean Watson en una IPS III nivel de Cartagena. 2013. [Tesis de especialidad] Disponible en URL: <http://siacurn.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/797/INTERVENCION%20DE%20ENFERMERIA%20ANTE%20>

- LA%20CRISIS%20SITUACIONAL%20PERCIBIDA%20POR%20LOS%20FAMILIARES%20CON%20PACIENTES%20.pdf?sequence=1 [Consultado 02 de diciembre 2014]
7. REAÑO K, La Torre T. Afrontamiento de los padres frente a la retinopatía del prematuro en un hospital local. [Tesis de licenciatura] Chiclayo; 2014. Disponible en URL [http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/371/1/TL\\_Rea%C3%B1oGallardoKarla\\_LatorreBurgaTatiana.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/371/1/TL_Rea%C3%B1oGallardoKarla_LatorreBurgaTatiana.pdf) [Consultado 28 de noviembre 2014]
  8. GUTIERREZ LOPEZ, Carolina; VELOZA GOMEZ , Monica; MORENO FERGUSON, Mría; DURAN DE VILLALOBOS, María y Colb. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento “Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación” de Callista Roy. Disponible en URL <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/rt/prINTERfriendly/98/19> [Consultado 20 de noviembre 2015]
  9. GUACANEME GOMEZ, Flor; PEREZ GORDO, Carmen. “Estrategias de afrontamiento utilizadas por enfermeras de la unidad de cuidado intensivo pediátrico frente a la muerte de un niño” [Estudio de Investigación para optar el Título de Especialista en Enfermería en Cuidado Crítico]. Colombia. 2007.
  10. Estrategias de afrontamiento. Wikipedia, La Enciclopedia Libre. Disponible en URL [http://es.wikipedia.org/wiki/Estrategias\\_de\\_afrontamiento](http://es.wikipedia.org/wiki/Estrategias_de_afrontamiento) [Acceso 02 de noviembre 2014]
  11. MARTIN DIAZ, Dolores; JIMENEZ SANCHEZ, Pilar; FERNANDEZ ABASCAL, Enrique. Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento. Revista electrónica de Motivación y Emoción. España. Vol. 3 Número 4. Disponible en URL <http://reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto.html> [Consultado 10 de noviembre 2014]

12. (13) FIERRO, Alfredo. Estrés, afrontamiento y adaptación. Disponible en URL [http://www.uma.es/Psicologia/docs/eudemon/analisis/estres\\_afrontamiento\\_y\\_adaptacion.pdf](http://www.uma.es/Psicologia/docs/eudemon/analisis/estres_afrontamiento_y_adaptacion.pdf) [Consultado 21 de MARZO 2015]
14. TRIVIÑO, Zaider; SANHUEZA, Olivia. Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. Disponible en URL <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/56/117> [Consultado 21 de MARZO 2015]
15. (16) PENA VIVERO, Fernando. La autofocalización en los estados depresivos. Disponible en URL <http://www.portalesmedicos.com/blogs/psicologoalencia/note/2000/la-autofocalizaci%C3%B3n-en-los-estados-depresivos.html> [Consultado 11 de MARZO 2015]
17. RODRIGUEZ MARIN, Jesus; PASTOR, Angeles y LPEZ ROIG, Sofia. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. Disponible en URL <http://www.psicothema.com/imprimir.asp?id=1148> [Consultado 11 de MARZO 2015]
18. (20) Franco Canales, Rosa “Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la unidad de cuidados intensivos . Hospital Nacional Edgardo Rebagliati M.” [Estudio de Investigación para optar el Título de Licenciada de Enfermería]. Lima – Perú. UNMSM. 2003.
19. MARQUEZ HERRERA, Marisela. “La experiencia del familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos. Colombia 2012. [Estudio de Investigación para optar el Título de Magister en Enfermería con Énfasis para la Salud Cardiovascular]. Colombia. 2012.
21. ASCENCIO PUICON, Anais. Resiliencia y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama de un hospital estatal de Chiclayo. [Estudio de Investigación para optar el Título de Licenciado en Psicología]. Chiclayo– Perú. UCSTM. 2015

22. LOURO BERNAL, Isabel. Modelo de salud del grupo familiar. Revista cubana de salud pública. Disponible en URL [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662005000400011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000400011) [Consultado 29 de ENERO 2015].
23. CERÓN POLANCO, Yolanda. Aspectos presentes en la comunicación de la enfermera, la familia y la institución en la unidad de cuidado intensivo”. [Estudio de Investigación para optar el Título de Especialista en Enfermería en Cuidado Crítico]. Colombia. 2010.
24. GUEVARRA, Berta. Una aproximación al perfil de la enfermera intensiva. Disponible en URL <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/756/1/Una-aproximacion-al-perfil-de-la-enfermera-intensivista.html> [Consultado 29 de ENERO 2015].

## BIBLIOGRAFIA

1. ACOSTA NAVARRO, Rosa. "Nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento que utilizan los adultos mayores de la Asociación Los Auquis de Ollantay, Pamplona Alta, San Juan de Miraflores, 2011" [Estudio de Investigación para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Lima - Perú. UNMSM. 2011
2. Afrontamiento Emocional. Disponible en : <http://www.clicpsicologos.com/blog/el-afrontamiento-emocional/> [Acceso 15 de noviembre 2014]
3. Agenda salud 2001 "programa mujeres y salud de ISIS internacional de Chile, Jóvenes en riesgo, Adolescentes y la salud sexual" [Internet] p. 1 – 3 Disponible desde: <http://www.isis.cl/temas/salud/agenda/AGENDA23.pdf> [Acceso 24 de setiembre 2009]
4. AGUDELO CASTAÑEDA, Claudia, BUSTOS RIOS, Ingrid, RODRIGUEZ FUENTES, Angélica, SANTA TIBADUIZA, Diana. "Afrontamiento familiar en la unidad de cuidado intensivo (adulto)". [Estudio de Investigación para optar el Título de Especialista en Enfermería en Cuidado Crítico]. Colombia. 2010.
5. ASCENCIO PUICON, Anais. Resiliencia y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama de un hospital estatal de Chiclayo. [Estudio de Investigación para optar el Título de Licenciado en Psicología]. Chiclayo– Perú. UCSTM. 2015
6. BELTRAN Salazar, Oscar "Significado de la experiencia de estar críticamente enfermo y hospitalizado en UCI". Medellín – 2007.
7. CERÓN POLANCO, Yolanda. Aspectos presentes en la comunicación de la enfermera, la familia y la institución en la unidad de cuidado intensivo". [Estudio de Investigación para optar el Título de Especialista en Enfermería en Cuidado Crítico]. Colombia. 2010.
8. DE ALBISTURI, Cristina y Col. en 2000, en Uruguay, realizó un estudio sobre "La familia del paciente internado en la unidad de cuidados intensivos". " [Estudio de Investigación para optar el Título de Especialista en Enfermería en Cuidado Crítico]



9. Estrategias de afrontamiento. Wikipedia, La Enciclopedia Libre. Disponible en URL [http://es.wikipedia.org/wiki/Estrategias\\_de\\_afrontamiento](http://es.wikipedia.org/wiki/Estrategias_de_afrontamiento) [Acceso 02 de noviembre 2014]
10. FIERRO, Alfredo. Estrés, afrontamiento y adaptación. Disponible en URL [http://www.uma.es/Psicologia/docs/eudemon/analisis/estres\\_afrontamiento\\_y\\_adaptacion.pdf](http://www.uma.es/Psicologia/docs/eudemon/analisis/estres_afrontamiento_y_adaptacion.pdf) [Consultado 21 de MARZO 2015]
11. FRANCO CANALES, Rosa “Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la unidad de cuidados intensivos . Hospital Nacional Edgardo Rebagliati M.” [Estudio de Investigación para optar el Título de Licenciada de Enfermería]. Lima – Perú. UNMSM. 2003.
12. GUEVARRA, Berta. Una aproximación al perfil de la enfermera intensiva. Disponible en URL <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/756/1/Una-aproximacion-al-perfil-de-la-enfermera-intensivista.html> [Consultado 29 de ENERO 2015].
13. GUACANEME GOMEZ, Flor; PEREZ GORDO, Carmen. “Estrategias de afrontamiento utilizadas por enfermeras de la unidad de cuidado intensivo pediátrico frente a la muerte de un niño” [Estudio de Investigación para optar el Título de Especialista en Enfermería en Cuidado Crítico]. Colombia. 2007.
14. GUTIERREZ LOPEZ, Carolina; VELOZA GOMEZ , Monica; MORENO FERGUSON, Mría; DURAN DE VILLALOBOS, María y Colb. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento “Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación” de Callista Roy. Disponible en URL <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/rt/printerFriendly/98/19> [Consultado 20 de noviembre 2015]
15. HOLROYD y LAZARUS (1982) y VOGEL (1985) definen que las estrategias de afrontamiento antes que la naturaleza de los estresores

pueden determinar si un individuo experimenta o no estrés. Disponible en : <http://reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto.html> [Acceso 15 de diciembre 2014]

16. JIMÉNEZ OCAMPO, Vivian; ZAPATA GUTIERREZ, Lina; DIAZ SUAREZ, Leticia. "Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo" [Estudio de Investigación para optar el Título de Especialista en Enfermería en Cuidado Crítico]. Colombia. 2010.
17. JIMENEZ, V.; ZAPATA, L.; DIAZ, L. Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo Disponible en URL <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2407/html> [Consultado 02 de diciembre 2014]
18. KRZEMIEN, Deysi; URQUIJO, Sebastian y MONCHIETTI, Alicia. Aprendizaje social y estrategias de afrontamiento al suceso del envejecimiento femenino. Argentina - 2004. Disponible en : <http://www.psicothema.com/pdf/3001.pdf> [Acceso 15 de diciembre 2014]
19. LAZARUS RS, Folkman S, Zaplana M. Estrés y procesos cognitivos: Roca; 1991.
20. LAZARUS RS. Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud: Desclée De Brouwer; 2000.
21. LOURO BERNAL, Isabel. Modelo de salud del grupo familiar. Revista cubana de salud pública. Disponible en URL [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662005000400011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000400011) [Consultado 29 de ENERO 2015].
22. MARQUEZ HERRERA, Marisela. "La experiencia del familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos. Colombia 2012. [Estudio de Investigación para optar el Título de Magister en Enfermería con Énfasis para la Salud Cardiovascular]. Colombia. 2012.
23. MARTIN DIAZ, Dolores; JIMENEZ SANCHEZ, Pilar; FERNANDEZ ABASCAL, Enrique. Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento. Revista electrónica de Motivación y Emoción. España.

Vol. 3 Número 4. Disponible en URL [Consultado 10 de noviembre 2014]

<http://reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto.html>

24. MEJIAS, M. Interacción del personal de Enfermería con los familiares del paciente politraumatizado y su relación con el nivel de estrés de los familiares. Revista Electrónica de Portales. Medicos.com. 2010. Disponible en URL: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones> [Consultado 04 de octubre 2014]
25. MELLADO HUAMANÍ, Carmen. "Nivel de estrés y mecanismos de afrontamiento de los estudiantes de Segunda Especialidad en Emergencias y Desastres de la UNMSM" [Estudio de Investigación para optar el Título de Especialista Emergencias y Desastres]. 2010. Lima – Perú. UNMSM. 2010.
26. MONTES, S. Intervención de enfermería ante la crisis situacional percibida por los familiares con pacientes críticos según el modelo Jean Watson en una IPS III nivel de Cartagena. 2013. [Tesis de especialidad] Disponible en URL: <http://siacurn.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/797/INTERVENCION%20DE%20ENFERMERIA%20ANTE%20LA%20CRISIS%20SITUACIONAL%20PERCIBIDA%20POR%20LOS%20FAMILIARES%20CON%20PACIENTES%20.pdf?sequence=1> [Consultado 02 de diciembre 2014]
27. MORENO, Silva. Coaching Alcorcón. España 2013. Disponible en : <http://coachingalcorcon.blogspot.com/2014/12/creatividad-estrategias-de.html> [Acceso 15 de diciembre 2014]
28. ORTEGO MATE, Maria; LOPEZ GONZALES, Santiago; ALVAREZ TRIGUEROS, Maria. Apoyo social. España – 2010. Disponible en : <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-13.-el-apoyo-social-1/13.1.2.-que-es-el-apoyo-social> [Acceso 15 de diciembre 2014].

29. ORTIZ PARADA, Manuel. Estrés estilo de afrontamiento y adherencia al tratamiento de adolescente diabético tipo I. Chile 2006. Disponible en : <http://teps.cl/files/2011/05/003.pdf> [Acceso 15 de diciembre 2014]
30. PARDAVILA BELIO, M. ;VIVAR, C.G. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos: revisión de la literatura. Enfermería Intensiva. 2012;23(2):51-67. Disponible en URL <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-necesidades-familia-las-unidades-cuidados-S1130239911000460> [Consultado 12 de agosto 2015]
31. PENA VIVERO, Fernando. La autofocalizacion en los estados depresivos. Disponible en URL <http://www.portalesmedicos.com/blogs/psicologoalencia/note/2000/la-autofocalizaci%C3%B3n-en-los-estados-depresivos.html> [Consultado 11 de MARZO 2015]
32. REAÑO K, La Torre T. Afrontamiento de los padres frente a la retinopatía del prematuro en un hospital local. [Tesis de licenciatura]Chiclayo; 2014. Disponible en URL [http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/371/1/TL\\_Rea%C3%B1oGallardoKarla\\_LatorreBurgaTatiana.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/371/1/TL_Rea%C3%B1oGallardoKarla_LatorreBurgaTatiana.pdf) [Consultado 28 de noviembre 2014]
33. REYES RASSE, Carolina y Col. “Las estrategias de Afrontamiento frente a la percepción de apoyo social: Estudio Descriptivo-Comparativo con adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados”. Chile-2006.
34. RODRIGUEZ MARIN, Jesus; PASTOR, Angeles y LPEZ ROIG , Sofia. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. Disponible en URL <http://www.psicothema.com/imprimir.asp?id=1148> [Consultado 11 de MARZO 2015]
35. RUIZ DEL BOSQUE, Alberto. Participación familiar en una unidad de cuidados intensivos pediátricos. Opinión de enfermería. Revista enfermería CyL. España2103
36. SANTIAGO DE CASTRO, Ernestina ; VARGAS ROSERO , Elizabeth. Experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo coronario de Barranquilla.Colombia-2015.

37. SIERRA JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividad*. 2003;3:10-59.
38. SILES, E. Cuidado enfermera a la familia del paciente hospitalizado en el servicio de cirugía. URL: Universidad Nacional de Córdoba. España; 2010. Disponible en URL: [http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/siles\\_estela.pdf](http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/siles_estela.pdf) [Consultado 04 de octubre 2014]
39. TRIVIÑO, Zaider; SANHUEZA, Olivia. Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. Disponle en URL <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/56/117> [Consultado 21 de MARZO 2015]
40. Unidad de cuidados intensivos Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política social. Madrid – 2010. Disponible en : <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf> [Acceso 10 de diciembre 2014]

**ANEXOS**

## INDICE DE ANEXOS

<b>ANEXO</b>	<b><i>Pág.</i></b>
A Operacionalización de la variable	I
B Instrumento	II
C Tabla de concordancia	IV
D Juico de expertos	V
E Confiabilidad del instrumento	VIII
F Medición de la variable	IX
G Medición de la variable en la búsqueda en la solución del problema	X
H Medición de la variable en autofocalizacion negativa	XI
I Medición de la variable en apoyo social	XII
J Medición de la variable en evitación	XIII
K Medición de la variable en la reevaluación positiva	XIV
L Medición de la variable en la religión	XV
M Distribución de la población de estudio por sexo de los familiares de la UCI del HNGAI Lima – 2015	XVI
N Distribución de la población de estudio por parentesco de los familiares de la UCI del HNGAI Lima – 2015	XVII
O Distribución de la población de estudio por edad de los familiares de la UCI del HNGAI Lima – 2015	XVIII
P distribución de la población de estudio por grado de instrucción de los familiares de la UCI del HNGAI Lima – 2015	XIX

## ANEXO A

**MATRIZ DE LA OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE**

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	SUB INDICADORES	VALOR FINAL	TÉCNICA E INSTRUMENTO	MEDICION	CRITERIOS DE VALOR
Estrategias de afrontamiento familiar en la unidad de cuidados intensivos.	Esfuerzos cognitivos, afectivos y conductuales, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas del individuo.	Proceso por el cual el familiar del paciente utiliza diferentes estrategias para afrontar la hospitalización de un familiar en la unidad de cuidados intensivos, teniendo en cuenta el apoyo recibido por parte de la enfermera.	Estrategias cognitivas	Búsqueda en la solución del problema	Centrado en encontrar la respuesta para enfrentar el problema.	ALTA	Se utilizará como instrumento Cuestionario de Afrontamiento Familiar.	El cuestionario de Estrategias de Afrontamiento Familiar consta de 18 ítems de opción múltiple. Se aplicará los instrumentos previa coordinación con las autoridades de la institución.	puntuación: 1= nunca 2= casi nunca 3=algunas veces 4=casi siempre 5=siempre
				Auto focalización negativa	Caracterizada por indefensión, culpa, sentimientos de incapacidad	MEDIANA			
			Estrategias afectivas	Apoyo social	Acudir a otras personas cercanas para buscar apoyo emocional o espiritual.	BAJA			
				Evitación	Se expresa habitualmente por la retirada o la indiferencia				
			Estrategias conductuales	Reevaluación positiva	Percibe los posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante.				
				Religión	Expresada a través del rezo y la oración dirigido a tolerar o solucionar el problema o las emociones que se generan ante el problema para afrontar la situación				



## **ANEXO B**

*"Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático"*

### **UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

Universidad del Perú, DECANA DE AMERICA

#### **FACULTAD DE MEDICINA**

#### **INSTRUMENTO**

#### **CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR**

### **I. PRESENTACION**

Buenos días soy estudiante de la segunda especialidad de Enfermería Cuidados Intensivos de la UNMSM, estoy realizando un estudio de investigación con la finalidad de obtener información sobre "Estrategias de Afrontamiento Familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos del HNGAI".

Para lo cual se solicita su colaboración a través de sus respuestas sinceras a las preguntas que a continuación se les presentan, expresándole que los datos son de carácter anónimo. Agradezco anticipadamente su participación.

### **II. DATOS GENERALES**

EDAD:.....

SEXO: Masculino..... Femenino.....

GRADO DE INSTRUCCIÓN:.....

PARENTESCO CON EL PACIENTE:.....

### **II. INSTRUCCIONES**

En estos enunciados encontraras como ustedes suelen hacerle frente al problema o preocupación de tener a un familiar hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos (UCI), ¿Como afrontaría esta situación?, para lo cual le pido que marque cada uno de ellos, según sea conveniente:

No usa	Usa algunas veces	Usa casi siempre	Usa siempre
1	2	3	4

ITEMS	NO USA	USA ALGUNAS VECES	USA CASI SIEMPRE	USA SIEMPRE
1. Sabiendo que mi familiar esta hospitalizado en UCI, intento de comprender el problema para poder hacerle frente.	1	2	3	4
2. Me convencí que yo no puedo ayudar en la recuperación de mi familiar.	1	2	3	4
3. Cuando me viene a la cabeza que mi familiar esta hospitalizado, trato de pensar en mi trabajo o en otra actividad para olvidarme.	1	2	3	4
4. Le cuento a familiares o amigos como me siento.	1	2	3	4
5. Asisto a la iglesia para pedir que mi familiar se recupere.	1	2	3	4
6. Trato de organizar, planificar mi tiempo para visitar a mi familiar hospitalizado.	1	2	3	4
7. Intento sacar algo positivo sobre la hospitalización de mi familiar en la UCI.	1	2	3	4
8. Pido consejo a un pariente o amigo para afrontar mejor la hospitalización de mi familiar en la UCI.	1	2	3	4
9. Pido ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.).	1	2	3	4
10. Me doy cuenta que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás.	1	2	3	4
11. Salgo al cine, a cenar, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema.	1	2	3	4
12. Hablo con el personal de salud para ayudar en la recuperación de mi familiar.	1	2	3	4
13. Me siento indefenso(a) e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación.	1	2	3	4
14. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal.	1	2	3	4
15. Tengo fe en que Dios sanara a mi familiar.	1	2	3	4
16. Me resigno a aceptar las cosas como son.	1	2	3	4
17. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor.	1	2	3	4
18. Intento olvidarme de todo.	1	2	3	4

MUCHAS GRACIAS.....

## ANEXO C

### TABLA DE CONCORDANCIA

#### PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

ITEM S	N° DE JUEZ									P
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.002
2.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.002
3.	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0.020
4.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.002
5.	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0.020
6.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.002
7.	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0.254(*)

\* En esta pregunta se tomaron en cuenta las observaciones realizadas para la elaboración del instrumento final.

Donde  $p < 0.04$  la concordancia es significativa

La validez del instrumento fue dada por el juicio de expertos para asegurar la coherencia interna del instrumento, estuvo dada por profesionales especialistas en el tema. Se tuvo en cuenta los ítems que necesitaron modificarse de acuerdo a las sugerencias dadas por los expertos.

En el ítem N° 7 la mayoría estuvo de acuerdo en que el número de ítems eran muchos, es por ese motivo que se disminuyó la cantidad, en el ítem N° 3 no era adecuado con la estructura del instrumento y el ítem N° 5 la secuencia no facilitaba el desarrollo del instrumento, todas estas observaciones fueron levantadas; en el anexo D se presenta el cuestionario presentado a los juicio de expertos.

## ANEXO D

### INSTRUMENTO ORIGINAL QUE FUE EVALUADO POR JUICO DE EXPERTOS

#### CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR

##### I. PRESENTACION

Buenos días soy estudiante de la segunda especialidad de Enfermería Cuidados Intensivos de la UNMSM, estoy realizando un estudio de investigación con la finalidad de obtener información sobre “Estrategias de Afrontamiento Familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos del HNGAI”.

Para lo cual se solicita su colaboración a través de sus respuestas sinceras a las preguntas que a continuación se les presentan, expresándole que los datos son de carácter anónimo. Agradezco anticipadamente su participación.

##### II. DATOS GENERALES

EDAD:.....

SEXO: Masculino..... Femenino.....

GRADO DE INSTRUCCIÓN:.....

PARENTESCO CON EL PACIENTE:.....

##### II. INSTRUCCIONES

En estos enunciados encontraras como ustedes suelen hacerle frente al problema o preocupación de tener a un familiar hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos (UCI), ¿Como afrontaría esta situación?, para lo cual le pido que marque cada uno de ellos, según sea conveniente:

ITEMS	NUNCA USO	USO POCAS VECES	USO ALGU NAS VECES	USO SIEMPR E
1. Sabiendo que mi familiar esta hospitalizado en UCI, intenté de analizar el problema para poder hacerle frente.	1	2	3	4
2. Me convencí de que haga lo que haga por mi mismo(a) no puedo ayudar en la recuperación de mi familiar.	1	2	3	4

3. Intento centrarme en los aspectos positivos sobre la hospitalización de mi familiar.	1	2	3	4
4. Descargo mi mal humor con el personal de salud.	1	2	3	4
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas.	1	2	3	4
6. Le cuento a familiares o amigos como me sentía.	1	2	3	4
7. Asisto a la iglesia.	1	2	3	4
8. Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados.	1	2	3	4
9. Intente sacar algo positivo sobre la hospitalización de mi familiar en la UCI.	1	2	3	4
10. Insulto a ciertas personas, como personal de salud o personas cercanas a mí.	1	2	3	4
11. Me centro en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema.	1	2	3	4
12. Pido consejo a un pariente o amigo para afrontar mejor el problema.				
13. Pido ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.).	1	2	3	4
14. Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo.	1	2	3	4
15. Comprendo que yo fui el causante de la hospitalización de mi familiar en UCI.	1	2	3	4
16. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás.	1	2	3	4
17. Me comporte de la forma hostil con los demás.	1	2	3	4
18. Salgo al cine, a cenar, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema.	1	2	3	4
19. Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema.	1	2	3	4
20. Hablo con las personas implicadas para solucionar el problema.	1	2	3	4
21. Me siento indefenso(a) e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación.	1	2	3	4

22. Agredo a algunas personas.	1	2	3	4
23. Procuro no pensar sobre la hospitalización de mi familiar en UCI.	1	2	3	4
24. Hablo con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal.	1	2	3	4
25. Tengo fe en que Dios sanaría a mi familiar.	1	2	3	4
26. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas.	1	2	3	4
27. Me doy cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema.	1	2	3	4
28. Experimento personalmente eso de que “no hay mal que por bien venga”.	1	2	3	4
29. Me irrito con alguna gente.	1	2	3	4
30. Rezo (oro)para la recuperación de mi familiar.	1	2	3	4
31.Me resigno a aceptar las cosas como son.	1	2	3	4
32. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor.	1	2	3	4
33. Intento olvidarme de todo.	1	2	3	4
34. Procuro que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesite manifestar mis sentimientos.	1	2	3	4
35. Acudo a la iglesia para poner velas y rezar.	1	2	3	4

## ANEXO E

### DETERMINACION DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a aplicar el Coeficiente Alfa de Crombach ( $\alpha$ ).

$$\alpha = \left( \frac{k}{k-1} \right) \left( 1 - \frac{\sum v_p}{v_t} \right)$$

Donde:

K= es el numero de ítems

Vp= es la varianza del ítem

Vt= Varianza total

Reemplazando los resultados:

$$\alpha = \left( \frac{18}{17} \right) \left( 1 - \frac{14}{34} \right)$$

$$\alpha = 0.6$$

## ANEXO F

### MEDICION DE LA VARIABLE

Para la medición de la variable Estrategias de Afrontamiento de la Familia se utilizó la escala de Stanones y la campana de Gauss, usando una constante 0.75 dividiéndolo en tres categorías alto, medio y bajo.

1.- Se determinó el promedio

$$\text{Promedio} = 44.98$$

2.- Se calculó la varianza

$$\text{Varianza} = 0.75$$

3.- Se calculó la Desviación Estándar (DS)

$$\text{DS} = 5.89$$

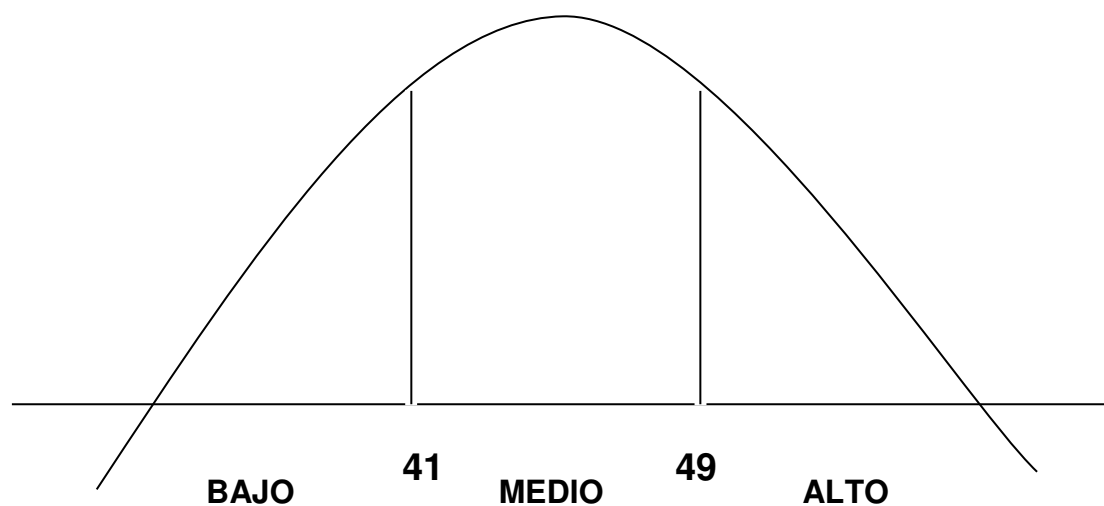
4.- Se establecieron los valores de a y b

$$a = X - 0.75 (\text{DS})$$

$$a = 41$$

$$b = X + 0.75 (\text{DS})$$

$$b = 49$$



Alto 50 - 72

Medio 41-49

Bajo 18-40



## ANEXO G

### MEDICION DE LA VARIABLE EN LA BUSQUEDA EN LA SOLUCION DEL PROBLEMA

Para la medición de la variable Estrategias de Afrontamiento de la Familia en la Dimensión Cognitiva se utilizó la escala de Stanones y la campana de Gauss, usando una constante 0.75 dividiéndolo en tres categorías alto, medio y bajo.

1.- Se determinó el promedio

$$\text{Promedio} = 19.3$$

2.- Se calculó la varianza

$$\text{Varianza} = 0.75$$

3.- Se calculó la Desviación Estándar (DS)

$$\text{DS} = 2.9$$

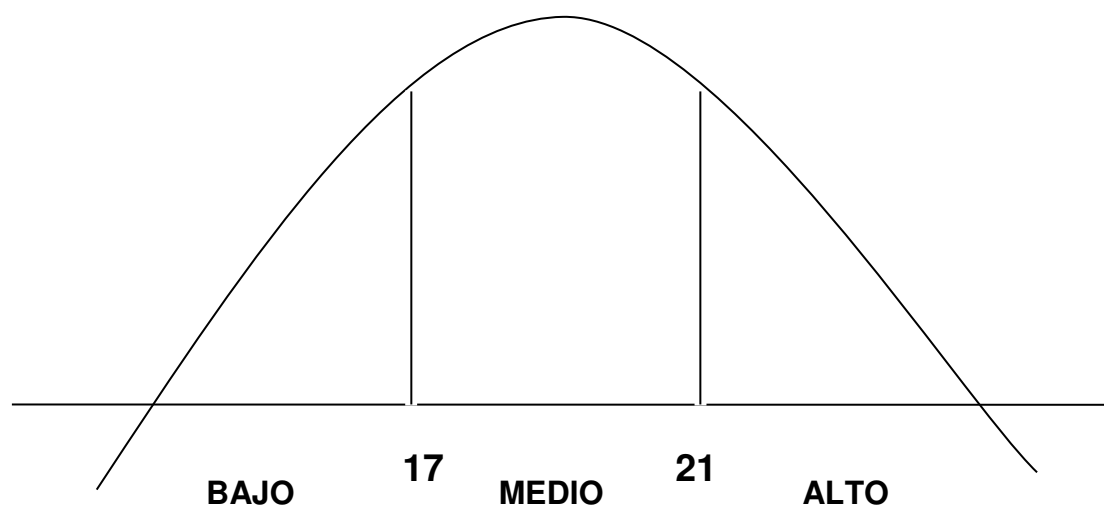
4.- Se establecieron los valores de a y b

$$a = X - 0.75(\text{DS})$$

$$a = 17$$

$$b = X + 0.75(\text{DS})$$

$$b = 21$$



Alto 22 - 30  
Medio 17 - 21  
Bajo 6 - 16

## ANEXO H

### MEDICION DE LA VARIABLE EN AUTOFOCALIZACION NEGATIVA

Para la medición de la variable Estrategias de Afrontamiento de la Familia en la Dimensión Cognitiva se utilizó la escala de Stanones y la campana de Gauss, usando una constante 0.75 dividiéndolo en tres categorías alto, medio y bajo.

1.- Se determinó el promedio

$$\text{Promedio} = 19.3$$

2.- Se calculó la varianza

$$\text{Varianza} = 0.75$$

3.- Se calculó la Desviación Estándar (DS)

$$\text{DS} = 2.9$$

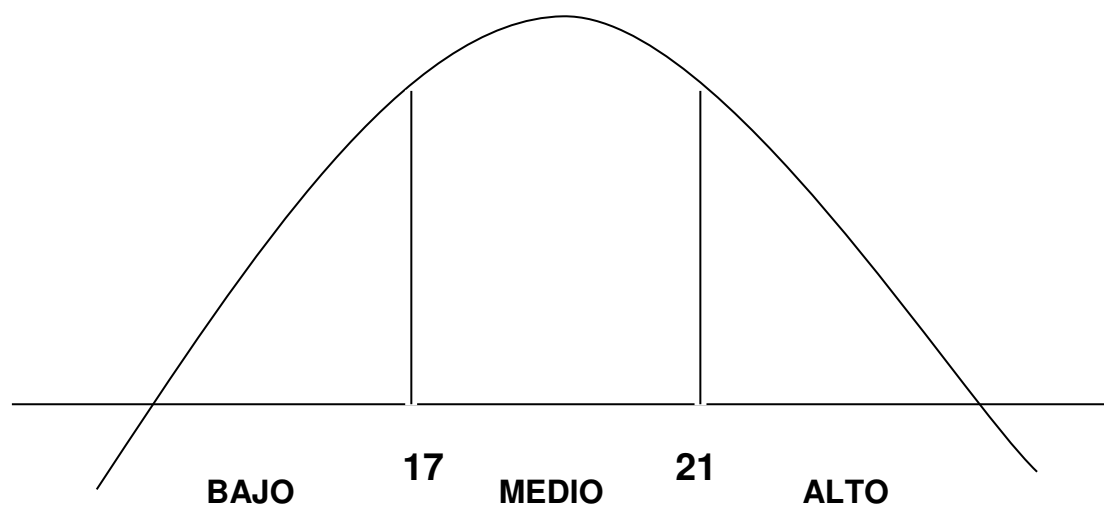
4.- Se establecieron los valores de a y b

$$a = X - 0.75 (\text{DS})$$

$$a = 17$$

$$b = X + 0.75 (\text{DS})$$

$$b = 21$$



Alto 22 - 30

Medio 17 - 21

Bajo 6 - 16

## ANEXO I

### MEDICION DE LA VARIABLE EN APOYO SOCIAL

Para la medición de la variable Estrategias de Afrontamiento de la Familia en la Dimensión Cognitiva se utilizó la escala de Stanones y la campana de Gauss, usando una constante 0.75 dividiéndolo en tres categorías alto, medio y bajo.

1.- Se determinó el promedio

$$\text{Promedio} = 19.3$$

2.- Se calculó la varianza

$$\text{Varianza} = 0.75$$

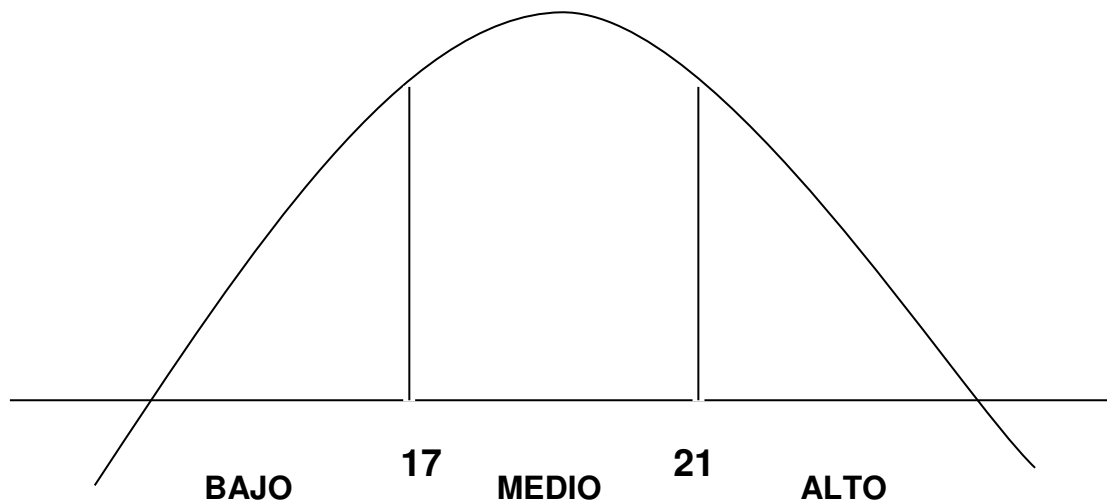
3.- Se calculó la Desviación Estándar (DS)

$$\text{DS} = 2.9$$

4.- Se establecieron los valores de a y b

$$\begin{aligned} a &= X - 0.75 (\text{DS}) \\ a &= 17 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} b &= X + 0.75 (\text{DS}) \\ b &= 21 \end{aligned}$$



Alto 22 - 30  
Medio 17 - 21  
Bajo 6 - 16

## ANEXO J

### MEDICION DE LA VARIABLE EN EVITACION

Para la medición de la variable Estrategias de Afrontamiento de la Familia en la Dimensión Cognitiva se utilizó la escala de Stanones y la campana de Gauss, usando una constante 0.75 dividiéndolo en tres categorías alto, medio y bajo.

1.- Se determinó el promedio

$$\text{Promedio} = 19.3$$

2.- Se calculó la varianza

$$\text{Varianza} = 0.75$$

3.- Se calculó la Desviación Estándar (DS)

$$\text{DS} = 2.9$$

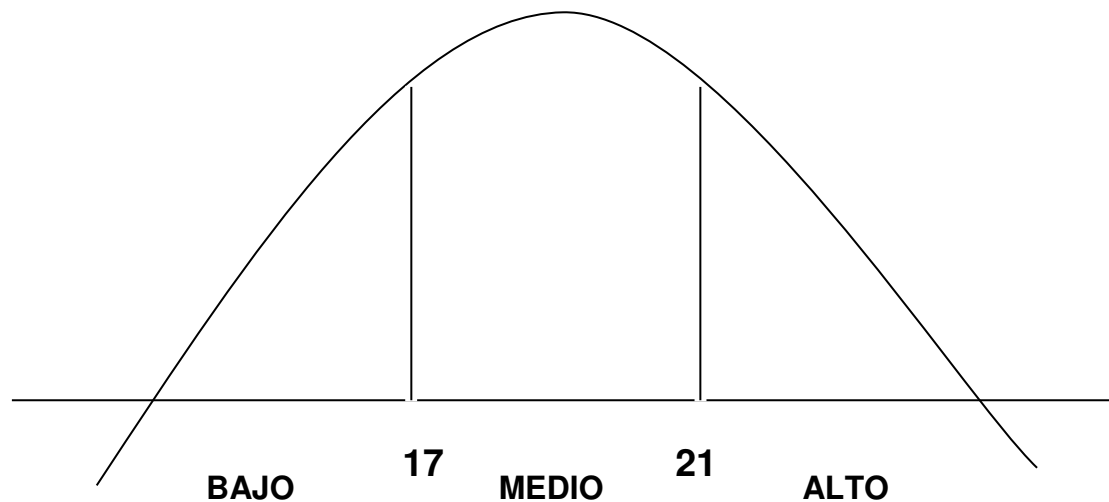
4.- Se establecieron los valores de a y b

$$a = X - 0.75 (\text{DS})$$

$$a = 17$$

$$b = X + 0.75 (\text{DS})$$

$$b = 21$$



Alto 22 - 30

Medio 17 - 21

Bajo 6 - 16

## ANEXO K

### MEDICION DE LA VARIABLE EN LA REEVALUACION POSITIVA

Para la medición de la variable Nivel de Estrategias de Afrontamiento de la Familia en la Dimensión Afectivo se utilizó la escala de Stanones y la campana de Gauss, usando una constante 0.75 dividiéndolo en tres categorías alto, medio y bajo.

1.- Se determinó el promedio

$$\text{Promedio} = 13.3$$

2.- Se calculó la varianza

$$\text{Varianza} = 0.75$$

3.- Se calculó la Desviación Estándar (DS)

$$\text{DS} = 4.6$$

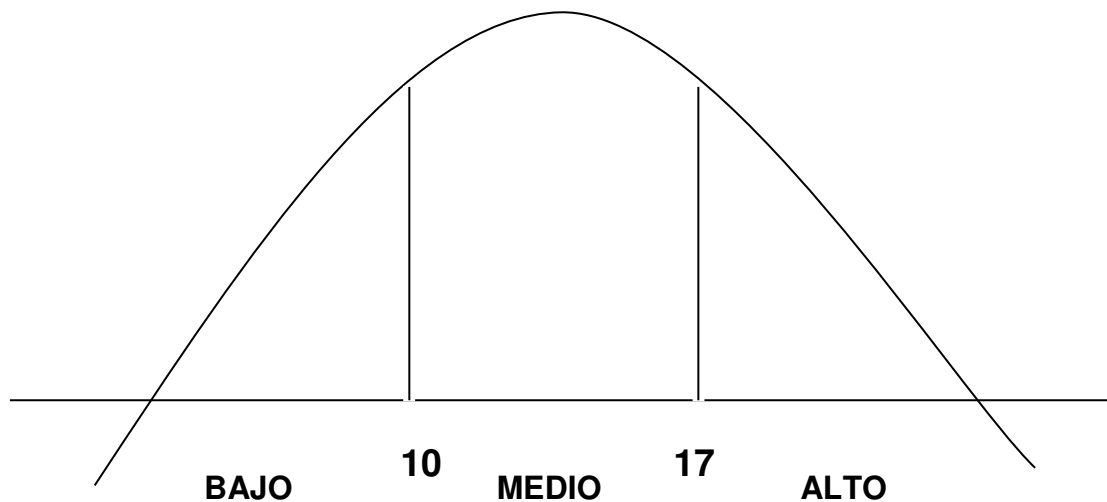
4.- Se establecieron los valores de a y b

$$a = X - 0.75 (\text{DS})$$

$$a = 10$$

$$b = X + 0.75 (\text{DS})$$

$$b = 17$$



Alto 18 - 30

Medio 10 - 17

Bajo 6 - 9

## ANEXO L

### MEDICION DE LA VARIABLE EN LA RELIGION

Para la medición de la variable Nivel de Estrategias de Afrontamiento de la Familia en la Dimensión Conductual se utilizó la escala de Stanones y la campana de Gauss, usando una constante 0.75 dividiéndolo en tres categorías alto, medio y bajo.

1.- Se determinó el promedio

$$\text{Promedio} = 22.6$$

2.- Se calculó la varianza

$$\text{Varianza} = 0.75$$

3.- Se calculó la Desviación Estándar (DS)

$$\text{DS} = 3.7$$

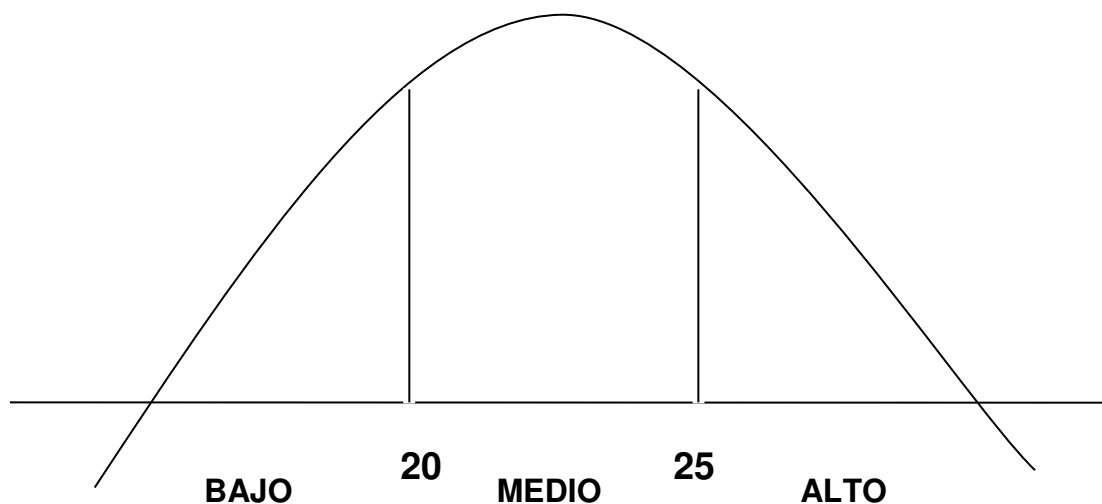
4.- Se establecieron los valores de a y b

$$a = X - 0.75 (\text{DS})$$

$$a = 20$$

$$b = X + 0.75 (\text{DS})$$

$$b = 25$$



Alto 26 - 30

Medio 20 - 25

Bajo 6 - 19

## **ANEXO M**

**DISTRIBUCION DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO POR SEXO  
DE LOS FAMILIARES DE LA UCI DEL HNGAI  
LIMA – 2015**

<b>Características generales</b>	<b>Frecuencias</b>		
		<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	Femenino	19	47.5
	Masculino	21	52.5
	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,00</b>

## ANEXO N

### DISTRIBUCION DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO POR PARENTESCO DE LOS FAMILIARES DE LA UCI DEL HNGAI

LIMA – 2015

<b>Características generales</b>	<b>Frecuencias</b>		
		<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Parentesco</b>	Padres	7	17.5
	Hermanos	9	22.5
	Hijos(as)	15	37.5
	Cónyuge	9	22.5
	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100.00</b>



## ANEXO O

**DISTRIBUCION DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO POR EDAD  
DE LOS FAMILIARES DE LA UCI DEL HNGAI  
LIMA – 2015**

<b>Características generales</b>	<b>Frecuencias</b>		
		<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>	20 a 24 años	5	12,5
	25 a 54 años	28	70,0
	55 a 59 años	4	10,0
	60 a más	3	7,5
	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,00</b>

## ANEXO P

### DISTRIBUCION DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO POR GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS FAMILIARES DE LA UCI DEL HNGAI

LIMA – 2015

<b>Características generales</b>	<b>Frecuencias</b>		
		<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Grado de instrucción de los familiares</b>	Sin Instrucción	-	-
	Primaria completa	8	20.0
	Secundaria completa	10	25.0
	Técnica completa	8	20.0
	Superior completa	14	35.0
	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100.00</b>